CHIRURG POLSKI

ORGAN TOWARZYSTWA CHIRURGICZNEGO WARSZAWSKIEGO

REDAKCJA: WARSZAWA, UL. 6. SIERPNIA 37. TEL. 9-20-15
ADMINISTRACJA: WARSZAWA, UL. SMOLNA 30. TEL. 5-19-04

TREŚĆ:

SOMMAIRE:

ROK IV. Nr 4

KWIECIEŃ 1939 R.

Chirurg Polski, R. IV, Nr. 4, kwiecień 1939.

CHIRURG POLSKI

ROK IV. WARSZAWA, KWIECIEŃ 1939 R. Nr 4

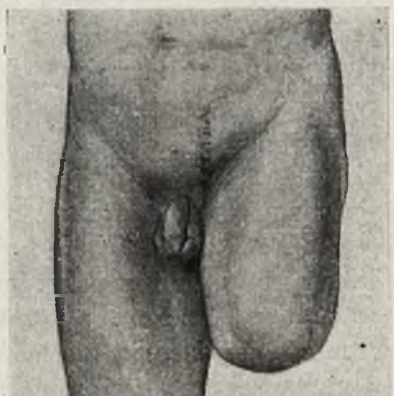
WADLIWOŚCI KIKUTÓW I UTRUDNIENIE PROTEZOWANIA

podał

Dr Kazimierz Kessel.

Wskazanie do odjęcia kończyny daje szereg ciężkich spraw chorobowych, zagrażających zazwyczaj życiu chorego, jak uszkodzenie kończyny podczas wypadku lub rana postrzałowa z rozległym poszarpaniem tkanek i zmiażdżeniem kości, nie rokującym utrzymania kończyny, ostre ciężkie zakażenie, zwłaszcza beztlenowcami, zgorzel kończyny, przewlekłe, wyniszczające chorego sprawy ropne z przetokami, nowotwory złośliwe. Jeżeli nie ma zupełnie szans na zachowanie kończyny, lub jeżeli wszelkie możliwości lecznicze zostały wyczerpane, decydujemy się na odjęcie. Ustalamy wówczas jak wysoko należy odjąć kończynę, biorąc jako zasadę: 1) operowanie w tkankach zdrowych, o ile na to pozwalają warunki schorzenia kończyny i 2) otrzymanie tak zwanego dobrego kikuta, czyli przystosowanego po wygojeniu rany do protezowania. Aczkolwiek odjęcia kończyn wykonujemy często w warunkach niepomyślnych, to jednakże musimy dążyć do tego, by uzyskać kikut zdatny do protezowania, co możemy osiągnąć przez prawidłowe wykonanie operacji i zastosowanie odpowiedniego postępowania pooperacyjnego.

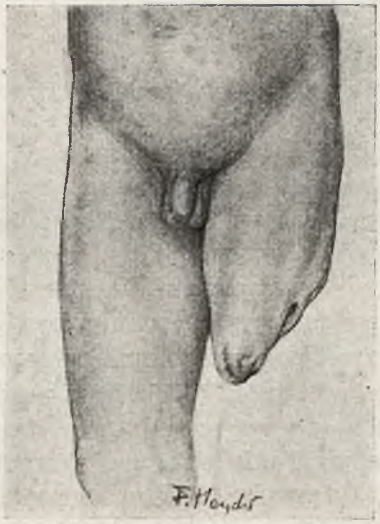
Prawidłowe pokrycie kikuta powinno być wytworzone przez skórę normalną, zdrową, dostatecznie grubą, dobrze unaczyniona i unerwioną, ruchomą bez napięcia ponad powierzchnią kikuta, a zwłaszcza nad kością, dostosowaną do znoszenia bezpośredniego ucisku i pociągania w kierunku długiej osi kikuta, które na nią wywierać będzie proteza. Na takiej skórze blizna pooperacyjna powinna być wąska, miękka, ruchoma, niebolesna, umiejscowiona zdala od punktów uciskania przez protezę, aby z tego powodu nie ulegała owrzodzeniu. Takie pokrycie skórą kikuta możemy otrzymać tylko po amputacjach wykonanych prawidłowo, w środowisku aseptycznym, gdy rana goi się przez rychłozrost (rys. 1).



Rys. 1.

Po amputacjach wykonanych w środowisku zakażonym, na kikutach które goją

się przez ziarninowanie, blizny są na ogół szerokie, rozciągnięte, często z fałdami promienistymi, skóra w otoczeniu jest również zbliznowaciała, nieelastyczna, a sam kikut często bywa stożkowaty, na szczycie kości tworzą się owrzodzenia (rys. 2). Blizny takie są bolesne, zespolo-



Rys. 2.

ne z tkankami głębszymi lub kością kikuta, skłonne do owrzodzeń, nie znoszą uciskania, jakie bądź co bądź wywiera proteza bezpośrednio lub pośrednio przez pociąganie ku górze, jak to ma miejsce na kończynie dolnej.

Chociaż w konstrukcji protez punkty oparcia czy umocowania protezy w większości wypadków znajdują się powyżej szczytu kikuta, to jednakże przy posługiwaniu się protezą rozległa, przyrośnięta blizna wraz z otaczającą ją nieelastyczną skórą są narażone na bezpośrednie i pośrednie urazy przy poruszaniu się kikuta wraz z protezą, co ma szczególnie znaczenie przy protezowaniu po odjęciu na kończynie dolnej. Najlepiej zrobiona proteza sprawia choremu zawsze mniejsze lub większe dolegliwości, jak często chorzy określają „jest niewygodna". Ta niewygoda protezy daje się we znaki choremu dopiero wtedy, gdy przy chodzeniu na protezie blizna stale mu dolega lub ulega owrzodzeniu.

Przy wyrobie protezy staramy się zabezpieczyć taką bliznę bądź przez miękką wyściółkę, bądź przez stworzenie wolnej przestrzeni między ścianą protezy a miejscem takiej blizny, lecz niewiele to zwykle pomaga, zresztą sam chory zabezpiecza kikut, owijając go jakimś miękkim materiałem. Taki chory chodzi pewien czas na protezie, następnie z powodu bolesności blizny lub owrzodzenia zarzuca chodzenie na protezie do czasu uspokojenia się bolesności lub wygojenia owrzodzenia. Chory jest więc stale zaabsorbowany pielęgnacją swego kikuta, czuje się nieszczęśliwy, niezadowolony i zgłasza pretensje do wytwórni protez.

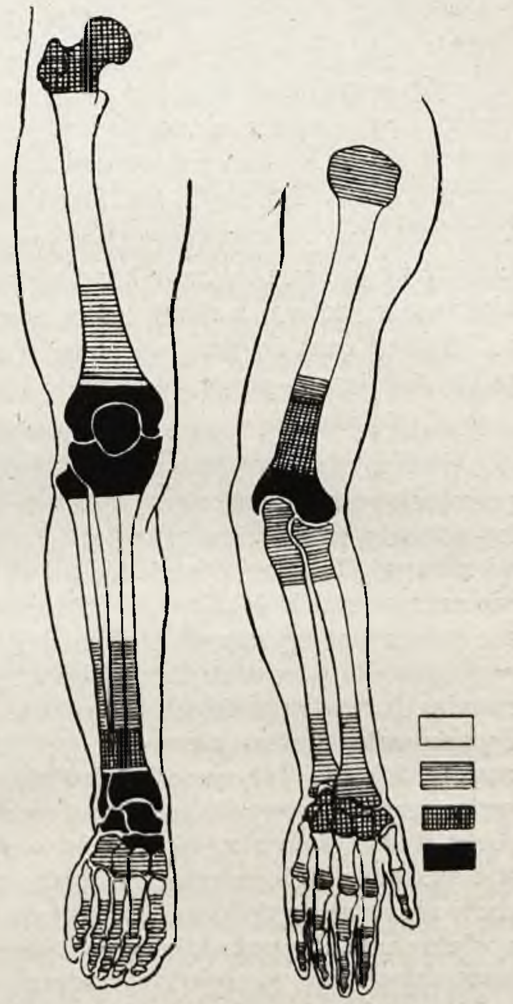
Dla przykładu możemy porównać protezowanie chorego po odjęciu podudzia o dostatecznej długości kikuta z dobrą i wadliwą blizną. W pierwszym przypadku możemy zastosować protezę krótszą, gdzie oparcie rozłożone jest na powierzchnię styczną w górnej części podudzia i na udzie, a więc protezę zarazem lżejszą, a w drugim musimy zastosować protezę z oparciem na guz siedzeniowy, aby uniknąć urazu przez pociąganie nieelastycznej zbliznowaciałej skóry i wadliwej blizny na szczycie kikuta, a więc protezę dłuższą i cięższą, na której chód jest mniej sprawny. Przy wyłuszczeniu w stawie biodrowym bolesne, rozległe blizny często uniemożliwiają protezowanie, i chory zmuszony jest posługiwać się kulami.

W parze z wadliwą blizną idzie zwykle brak dostatecznego pokrycia kości przez warstwę mięśni, które uległy przykurczeniu, zbliznowaceniu, i w takim wypadku koniec przeciętej kości sterczy pod skórą lub pod blizną. Przyczyną tego jest najczęściej środowisko septyczne, ropienie i gojenie się rany przez ziarninowanie.

Przy operacji należy przeciąć mięśnie w takiej odległości od szczytu zamierzonego przepiłowania kości, aby można nimi bez napięcia pokryć kość. Jeśli operujemy w tkankach zakażonych i rany nie zeszywamy, to po uspokojeniu się ropienia, chociaż nastąpi przykurcz mięśni, to jednak pozostanie pewna warstwa tkanek miękkich, którą możemy nasunąć na kość, zbliżając brzegi rany przylepcem. Przy prawidłowym przecięciu kości i mięśni mamy mniejszą możliwość otrzymania kikuta stożkowatego. Również nadmiar tkanek miękkich, jak to zdarza się po odjęciu uda u kobiet, gdy zwiotczała skóra i tkanka podskórna wprost zwisa i tworzy fałdy, jest niepomyślną formą kikuta dla posługiwania się protezą.

Wrośnięcie przeciętego nerwu w bliznę, tak samo jak wytworzenie się nerwiaka (neuroma), powoduje dolegliwości o charakterze nerwobólu i często uniemożliwia używanie protezy. Zależy to od tego, że podczas operacji nie wycięto nerwu zupełnie lub odcięto go zbyt blisko powierzchni kikuta. W takim przypadku nawet nieznaczny ucisk na nerw wzdłuż jego przebiegu wywołuje silną bolesność, a ponieważ najlepsza proteza w zetknięciu się z kikutem powoduje uciskanie, a więc i bolesność, przeto stan taki stwarza poważną przeszkodę w protezowaniu. Nawiasem wspomnę o nerwobólach o charakterze kauzalgii, bardzo dokuczliwych dla chorego, które mogą powstać nawet po prawidłowo i w pomyślnych warunkach wykonanej operacji, a które według *Leriche'a* zależą od zaburzeń nerwu współczulnego.

Dla protezowania nie jest obojętną rzeczą również i długość kikuta. Chociaż jako zasadę przyjmujemy oszczędną amputację i obecnie nie ma zupełnie zastosowania odjęcie kończyny in loco electionis, to jednakże uważamy, że pewne odcinki na przebiegu kończyny są pod względem długości kikuta dla protezowania bardzo dobre, dobre lub złe, jak schematycznie podaje znana tablica *zur Vertha* (rys. 3). Kikuty zbyt



Rys. 3. Wartość poszczególnych odcinków kończyn dla czynności kikutów poamputacyjnych (wg. zur Vertha). Białe — b. wartościowe, kreskowane — mniej wartościowe, kratkowane — obojętne, czarne — szkodliwe.

długie są niedostatecznie osłonięte tkankami miękkimi, mają skłonność do wychudnięcia, stają się bardzo cienkie, często ulegają owrzodzeniu, gdyż koniec kikuta ociera się w protezie, i przez to stanowią pewne utrudnienie w protezowaniu. Dzieje się to zazwyczaj z długim kikutem podudzia po odjęciu w dolnej trzeciej części. Naj-

lepszym dla protezowania miejscem odjęcia na udzie i podudziu jest środkowa trzecia część, na przedramieniu i ramieniu odcinek ten leży niżej, na granicy dolnej i środkowej trzeciej części. Kikut zbyt krótki jest niezdatny do protezowania. W części górnej podudzia, aby chory mógł chodzić na protezie z zachowaniem ruchów w stawie kolanowym, długość kikuta wynosić winna najmniej 6 cm. Najkrótszy kikut uda, przy którym chory może jeszcze chodzić na protezie tak, aby kikut nie wyskakiwał z protezy, a chory jest w stanie wykonywać ruch do przodu i unosić (wyrzucać) protezę — powinien wynosić 8 cm.

Wyłuszczenia są z reguły dla protezowania niepomyślne. Wyłuszczenie w stawie promieniowo-nadgarstkowym stwarza taką sytuację, że sztuczna ręka jest dłuższa od zdrowej. Tak samo dzieje się po wyłuszczeniu w stawie łokciowym: zastosowanie protezy ze sztucznym stawem łokciowym powoduje wydłużenie ramienia, nie mówiąc już o trudnościach dostosowania, dopasowania protezy z powodu szerokiej nasady kikuta. Tak samo bardzo niewygodne jest protezowanie po odjęciu na stopie w stawie Choparta, jak również w stawie skokowym lub kolanowym. Tych operacyj nie należy wykonywać ze względu na protezowanie, a zresztą kikuty po tych wyłuszczeniach nie są pokryte dostateczną warstwą tkanek, a kość pokrywa tylko skóra, narażona w następstwie na otarcia i owrzodzenia.

Dalej spostrzegamy kikuty wadliwe w stosunku do protezowania z powodu narośli kostnych, wysterczających na szczycie przepiłowanej kości, które sprawiają choremu znaczne dolegliwości przy posługiwaniu się protezą. Są one następstwem albo nierównego przepiłowania kości z pozostawieniem ostrego wystającego brzegu, gdy kość przy końcu przepiłowywania odłamuje się, albo następstwem rozrostów kostnych z pozostałej okostnej. Należy przy operacji obrównać kleszczami nierówności przepiłowanej kości i usunąć okostnę z końcowego odcinka kikuta kości. Również wystający ostry brzeg grzebienia kości piszczelowej, pokryty tylko skórą, jest powodem tworzenia się owrzodzeń i dolegliwości przy chodzeniu, tak samo jak kikut kości strzałkowej, sterczący pod skórą. Przy protezowaniu musimy te bolesne i wrażliwe na ucisk miejsca zabezpieczać od ocierania się. żeby tego uniknąć, należy podczas operacji ostry brzeg kości piszczelowej ściąć i obrównać, a kość strzałkową przecinać nieco wyżej, niż kość piszczelową.

Po odjęciu i zagojeniu się rany kikut podlega zmianom — ewolucji. Z początku widzimy obrzęk kikuta, mniejszy lub większy, utrzymujący się różnie długo, od kilku tygodni do kilku miesięcy, w zależności od stanu kończyny przed odjęciem. Następnie występują zmiany wsteczne: zanik mięśni i zwyrodnienie; może to prowadzić do przykurczów i wadliwego ustawienia stawu, łączącego kikut z pozostałą częścią kończyny lub tułowiem. Kikut pozostawiony bez należytego następowego leczenia i przystosowania go do protezowania, ulega w dalszym ciągu zanikowi, staje się wiotki, słaby, czuły na dotyk, na uciskanie i z tego powodu taki kikut jest mało przydatny do protezowania. W celu uniknięcia następowej wadliwości kikuta, należy go ćwiczyć jak najwcześniej, gdy tylko rana zagoi się. W pierwszym rzędzie chory po operacji powinien jak najprędzej wstać z łóżka i początkowo chodzić o kulach, stać na jednej nodze, aby wyrobić sobie zmysł pewnej ekwilibrystyki, powinien wykonywać ruchy kikutem, gimnastykować go, opierać się szczytem kikuta o względnie miękkie podparcie, wreszcie zacząć jak najwcześniej chodzić na prowizorycznej

protezie gipsowej. To będzie leczenie czynne. Oprócz tego stosujemy leczenie bierne — masaże, kąpiele, naświetlania cieplne, aby pobudzić krążenie, zmiękczyć blizny i uzyskać elastyczność i sprężystość kikuta. Jeżeli mięśnie mają tendencję do przykurczu i wskutek tego powstaje możliwość wytworzenia się kikuta stożkowatego, należy przeciwdziałać temu przez zastosowanie opatrunku z przylepca i wyciągu.

Przygotowanie kikuta i przystosowanie go do definitywnego protezowania ma głównie znaczenie dla kończyny dolnej; ten kikut ma duże zadanie do wykonania przy chodzeniu, a siły i możliwości jego są bardzo ograniczone. Dla kończyny górnej obowiązują te same wskazania dla utrzymania kikuta w należytej formie i sprawności. Natomiast mniej tragicznie przedstawia się sprawa wadliwości kikuta kończyny górnej, w najgorszym wypadku chory nie będzie nosił protezy. Przy braku kończyny dolnej wadliwy kikut utrudnia lub uniemożliwia protezowania, co zmusza chorego do chodzenia o kulach, a to w znacznym stopniu pogarsza stan jego kalectwa, a czasami wprost eliminuje go z pośród czynnych członków społeczeństwa. Najczęściej obserwowaną wadą kikutów, wynikającą z braku należytego postępowania po operacji, bywa przykurczenie kikuta w stawie, co bardzo utrudnia samo wykonanie protezy i możność należytego posługiwania się nią. Jeżeli wyobrazimy sobie kikut po odjęciu podudzia przykurczony w stawie kolanowym, to skonstruowanie protezy wymaga jednoczesnego przystosowania osi pionowej protezy w pozycji wyprostnej przy oparciu się na protezie, do skośnej osi kikuta. Z przykurczonym kikutem w stawie kolanowym chory zmuszony jest posługiwać się protezą cięższą, z oparciem na guz siedzeniowy i gumami do wyrzucania podudzia. W razie przykurczenia w stawie biodrowym kikuta po odjęciu uda, chory ma tendencję do wyrzucania protezy do przodu, ma w ogóle utrudnione zachowanie równowagi, a zwłaszcza w chwili, gdy opiera się całym ciężarem ciała na protezie i robi krok naprzód zdrową kończyną — jest zmuszony kompensować tę wadę odpowiednim ustawieniem miednicy i tułowia. Taki chory z reguły chodzi na protezie źle.

Zwalczanie zastarzałego przykurczu w stawie jest dość trudne, wymaga nieraz długotrwałego leczenia masażem i gimnastyką. Jeżeli zastanowimy się nad psychiką chorego, który stracił nogę i marzy że proteza umożliwi mu chodzenie, który nieraz po uciążliwych kłopotach, aby zdobyć pieniądze na kupno protezy lub otrzymać przyznanie jej na koszt Ubezpieczalni czy innej instytucji, zwraca się wreszcie do wytwórni protez, i tu dowiaduje się, że na razie protezy wykonać nie można, bo kikut jest przykurczony, mało ruchomy, a zamiast tego zaleca mu się zabiegi i poucza, jak ma miesiącami kikut gimnastykować i leczyć, aby osiągnąć zakres normalnych ruchów — to zrozumiemy rozczarowanie chorego i urazę do lekarza, który na ten drobny szczegół nie zwrócił należytej uwagi.

Będziemy mieli kikuty wadliwe nawet przy odpowiednim leczeniu tylko wtedy, jeżeli operację wykonywamy w środowisku septycznym, u chorego z objawami ogólnego zakażenia lub wyniszczonego, gdzie gojenie rany przebiega z ropieniem i jest długotrwałe. Lecz przy operowaniu w tkankach niezakażonych lub z nieznacznym ropieniem, możemy przez prawidłowe wykonanie operacji i należyte postępowanie pooperacyjne uzyskać wiele dla sprawności i przydatności kikuta do protezowania.

Wreszcie, aczkolwiek odbiega to nieco od tematu, chcę zwrócić uwagę na to, że w społeczeństwie, a nawet wśród lekarzy istnieje mylny pogląd na wyłącznie zastęp-

czą rolę, daleką od ideału, jaką spełnia proteza. Osobom tym wydaje się, że w każdej dziedzinie są tak oszałamiające, wprost cudowne wynalazki, jak w dziedzinie techniki czy elektryczności, nie uświadamiają sobie, że rzecz martwa, jaką jest proteza, chociażby najlepiej skonstruowana, nie zastąpi żywej kończyny, właśnie o cudownym mechanizmie. Np. nieszczęśliwy chory po odjęciu uda, pocieszany w dobrej wierze przez otoczenie, że na protezie będzie chodził znakomicie, że nieomal będzie mógł tańczyć, jeździć konno, doznaje przykrego rozczarowania w zetknięciu z rzeczywistością; upada wówczas nieraz na duchu, bo jest przekonany, że wina leży w wadliwej budowie protezy, że zagranicą napewno zrobionoby mu protezę właśnie taką, o jakiej mówiło mu otoczenie, i zrezygnowany chodzi pokracznie. Uważam, że takiego chorego należy uświadomić, że chodzenie na protezie wymaga dużo dobrej woli i wytrwałości, że trzeba nauczyć się chodzić, że trzeba wyćwiczyć zmysł zachowania równowagi w zmienionych warunkach i z czasem wyszkolić się, osiągając pewien stopień umiejętności posługiwania się protezą, a wtedy i chodzenie jest mniej uciążliwe, sprawniejsze. Ręka sztuczna ma bardzo ograniczony zakres roli zastępczej, może spełniać najwyżej funkcję pomocniczą. Gdyby nawet powstał genialny wynalazek w budowie ręki sztucznej kinetycznej, to taka ręka, pozbawiona czucia dotyku, nie spełni nigdy roli zastępczej w tej mierze, jak proteza kończyny dolnej.

Z Oddziału Chirurgicznego Szpitala im. Prezydenta I. Mościckiego w Łodzi.
Ordynator: *Prof. Dr W. Tomaszewicz.*

KAMIENIE GRUCZOŁU KROKOWEGO

podał

Dr Tadeusz Ślaski.

Z kamicą dróg moczowych spotykamy się bardzo często, w szczególności z kamicą nerek, moczowodów i pęcherza. Na naszym oddziale w ciągu ostatnich 8 lat zoperowano z powodu kamicy nerek 50 chorych, kamieni pęcherza — 22 chorych i z powodu kamieni moczowodów 18 chorych. Kamienie w gruczole krokowym spotykamy stosunkowo rzadko i z tego względu pragnę omówić w krótkości tę sprawę w związku z przypadkiem obserwowanym w naszym oddziale.

Kamienie gruczołu krokowego dzielimy na kamienie właściwe, powstałe w samym miąższu gruczołu, i kamienie gruczołowej części cewki moczowej. Na kamienie drugiej grupy składają się kamienie, które powstały w nerkach, moczowodach lub pęcherzu, a które przywędrowały z wymienionych odcinków dróg moczowych i utkwiły w gruczołowej części cewki moczowej, oraz kamienie, które wytworzyły się na miejscu w cewce moczowej.

Pierwotne kamienie gruczołu krokowego są przeważnie mnogie, bardzo rzadko pojedyńcze, o gładkiej, jakby polerowanej powierzchni. Wielkość kamieni jest różna: od ziarna prosa do jaja kurzego; przeciętnie kamienie te nie są jednak większe od pestki wiśni lub od orzecha laskowego. Kształt kamieni zależy od ich ilości; w przypadku kamieni mnogich przybierają one kształty zależne od wzajemnego ucisku na siebie. Barwa jasno-żółta, brunatno-żółta aż do czarnej. Na przekroju widać budowę warstwową lub promienistą. Ilość

kamieni różnież bywa bardzo różna, zależnie od ich wielkości. Jak podaje *Holcow*, w przypadku *Goocha* było 16 kamieni, *Barkera* — 29, *Maundera* — 50, *Albarrana* — 57, *Astley Coopera* — 84, w przypadku *Marcet* — 100 i *Golding-Bird* — 130 sztuk. Ogólny ciężar 130 kamieni w ostatnim przypadku wynosił 20,75 g.

Kamienie w gruczole krokowym powstają na skutek osadzania się substancyj nieorganicznych na resztkach obumarłych komórek, złuszczonych nabłonkach i ciałkach skrobiowatych. Zdaniem *Pasteau* analogicznie do powstawania kamieni w śliniankach, również i w gruczole krokowym główną rolę w tworzeniu się kamieni odgrywa osłabiona infekcja, za czym przemawia częste występowanie zapalenia tylnej cewki moczowej, a z drugiej strony spotykanie kamieni gruczołu krokowego przeważnie u ludzi starszych. Według *Socina* i *Burckhardta* powstawanie konkrementów w gruczole krokowym jest wynikiem drobnych często powtarzających się zaburzeń wydzielniczych gruczołu, a nie jest wywołane sprawami chorobowymi.

Skład chemiczny kamieni gruczołu krokowego według *Lassaigne* jest następujący: 85,5% stanowi fosforan wapnia, 0,5% — węglan wapnia, 14% — substancje organiczne.

Do podobnych wyników dochodzą i inni badacze jak: *Wolastou, Guignard* i *Thénard*. Według natomiast *Axela Iversena* kamienie pochodzące z gruczołu krokowego nigdy nie zawierają węglanów, których obecność przemawia, zdaniem jego, przeciw pochodzeniu kamieni z gruczołu krokowego.

Przyczyną powstawania, względnie usadawiania się kamieni w gruczołowej części cewki moczowej, może być uraz cewki po spowodowaniu fałszywej drogi lub przebicie ropnia gruczołu krokowego do cewki moczowej. W związku z tym mogą powstać mniejsze lub większe uchyłki, w których zatrzymują się kamienie. Poza tym normalnie istnieją w gruczołowej części cewki moczowej drobne uchyłki, utworzone przez ujścia kanalików wywodzących gruczołów lub przez ujścia vesiculae prostaticae. Przy zwężeniach cewki i następowym rozszerzaniu części gruczołowej cewki przez napierający mocz, w tych właśnie drobnych zagłębieniach mogą uwięznąć kamienie przybyłe z wyżej położonych odcinków dróg moczowych i powiększać się wtórnie, lub też kamienie mogą tworzyć się w tych uchyłkach na skutek zastoju moczu w tym odcinku cewki.

Kamienie gruczołowej części cewki składają się z moczanów i fosforanów. Kamienie tej grupy dochodzą niekiedy do znacznych rozmiarów, przyjmują kształt klepsydrowaty, przewężony w środku; jednym odcinkiem tkwić mogą w gruczołowej części cewki, a drugim w pęcherzu moczowym.

Kamienie gruczołowej części cewki są opisywane o wiele częściej niż kamienie gruczołu krokowego. *Souligoux* opisuje przypadek, w którym zabiegiem kroczowo-pęcherzowym usunął mężczyźnie 30-letniemu kamień, który stwierdzono już w 5. roku życia, a który dopiero od 2 lat powodował znaczniejsze dolegliwości. Kamień kolbowato rozszerzony tkwił jedną częścią w odcinku gruczołowym cewki moczowej, drugą w pęcherzu. Część gruczołowa kamienia miała 3 cm, część pęcherzowa 4 cm w przekroju; ciężar kamienia wynosił około 50 g.

Przechodząc do naszego przypadku podam w krótkości wywiad i przebieg choroby:

Chory lat 66, żonaty, robotnik fabryczny. Do szpitala przybył dnia 22.II 38. Z chorób przebytych wymienia krwawą biegunkę, wenerycznie nic chorował. Obecna choroba rozpoczęła się we wrześniu 1937 r. Chory zauważył, że po naziębnięciu

częściej oddaje mocz. Mocz odchodził w małych ilościach, 2 — 3 razy na godzinę. W ostatnich miesiącach stan ten powtarzał się coraz częściej. Wystąpiły bóle w pęcherzu i w żołędzi członka podczas oddawania moczu. Mocz spływał cienkim strumieniem i przy silnym parciu. Stolec zaparty, apetyt upośledzony. Krwiomoczu ani odchodzenia kamieni przez cewkę moczową nie zauważył.

S t a n o b e c n y: chory wzrostu średniego, budowy ciała prawidłowej, odżywienia podupadłego. Skóra i widoczne śluzówki bladawe. Samopoczucie dość dobre. W płucach rozedma miernego stopnia, tony serca głuche, akcja miarowa. Tętno dobrze napięte i wypełnione, 76/min. W jamie brzusznej nad spojeniem łonowym stwierdza się wrażliwość uciskową. Kończyny bez zmian. Odruchy w granicach normy. Badaniem przez odbytnicę stwierdza się mierne powiększenie gruczołu krokowego. Płat prawy twardy, bolesny i nieco większy od lewego.

W moczu ropnym, cuchnącym, stwierdzono prątki okrężnicy, gronkowce i paciorkowce. Zawartość mocznika we krwi 38 mg%. WR—.

Chory w pierwszych dniach pobytu w szpitalu oddawał mocz b. często w małych ilościach. Moczeniu towarzyszyły silne bóle. Po oddaniu moczu w pęcherzu pozostawało jeszcze około 250 cm^3. Założono cewnik na stałe. W moczu: białka 0,05 ‰, leukocyty zalegają pola widzenia, erytrocytów kilka; odczyn zasadowy. Następnego dnia po założeniu cewnika musiano usunąć go z powodu silnych bólów w cewce moczowej i kroczu. Odtąd mocz odprowadzano 2 razy dziennie i płukano pęcherz. Po kilkunastu dniach mocz znacznie oczyścił się, stał się mniej cuchnący, ustąpiło przykre parcie i nadmiernie częste moczenie. Samopoczucie chorego poprawiło się znacznie. Zawartość mocznika we krwi — 23 mg%, ciśnienie krwi 115/70. Przez cały czas pobytu w szpitalu chory nie gorączkował. Zanotowano ogólną poprawę.

Cystoskopii nie wykonano z powodu niemożności wprowadzenia cystoskopu do pęcherza: napotykano opór na wysokości gruczołu krokowego. Z konieczności musiano zrezygnować z kontroli pęcherza i próby barwnikowej nerek. Opierając się na klinicznie stwierdzonym powiększeniu gruczołu krokowego, objawach wtórnych towarzyszących przerostowi gruczołu (trudności w oddawaniu moczu, retencja, upośledzenie drożności cewki moczowej), rozpoznano przerost gruczołu krokowego i postanowiono wykonać prostatektomię.

O p e r a c j a: w uśpieniu eterowym cięciem środkowym ponad spojeniem łonowym otwarto pęcherz moczowy. Stwierdzono przewlekły nieżyt błony śluzowej, na dnie zaś pęcherza nad gruczołem krokowym owrzodzenie okrągłe wielkości monety 2 zł, o brzegach lekko wyniosłych i brudnym dnie. W owrzodzeniu tkwił płaski kamień. Owrzodzenie nacięto i dotarto do jamy, zawartej w tkance gruczołu krokowego, który był wielkości małego jaja kurzego, szczelnie wypełnionej 11 kamieniami. Po usunięciu kamieni zbadano ponownie gruczoł przez odytnicę — powiększenia gruczołu obecnie nie wyczuwało się. Wycięto skrawek z owrzodzenia do badania histopatologicznego. Pęcherz zeszyto i założono cewnik Pezzera.

Z gruczołu krokowego wydobyto 11 kamieni różnej wielkości: od orzecha laskowego do ziarna grochu. Ogólny ciężar wynosił 21,8 g. Kamienie były różnokształtne, barwy jasno brązowej, o gładkiej, jakby polerowanej powierzchni. Głównym składnikiem opisanych kamieni był fosforan wapnia, poza tym znaleziono minimalną ilość ciał organicznych. Węglanów ani szczawianów nie znaleziono.

W badanym histologicznie wycinku stwierdzono *raka płaskokomórkowego.*

Chorego po kilkunastu dniach wysłano do naświetlań radem.

Po zastosowaniu radu chory ponownie wrócił do naszego szpitala, gdzie po pewnym czasie stan jego znacznie pogorszył się. Wśród bardzo silnych bólów głowy, nie ustępujących po stosowaniu narkotyków, zabrany został do domu, gdzie wkrótce zmarł.

Jak wynika z przeglądu przypadków podanych w piśmiennictwie, kamienie gruczołu krokowego należą do rzadko spotykanych zmian chorobowych i jeżeli występują, to zazwyczaj mnogo. Pojedyńcze kamienie są nadzwyczaj rzadkie. Dopóki kamienie są małe i jest ich niewiele, a tkwią w głębi miąższu gruczołu—nie powodują żadnych dolegliwości i są nierozpoznawane; o ile jednak są większe i w znaczniejszej liczbie, to dają bardzo różne dolegliwości. Z objawów podmiotowych wymienić należy: zaburzenia w oddawaniu moczu, jak częstomocz, który dochodzić może do 40 razy na dobę, mocz może spływać cienkim strumieniem lub przerywa się zupełnie na skutek stanu zapalnego cewki lub zatykania jej kamieniem, może występować nietrzymanie moczu przy równoczesnym za-

niku gruczołu krokowego lub porażeniu zwieracza w następstwie zapalnego nacieku, jak to bywa przy kamieniu klepsydrowatym.

Bóle nie są wyłącznie ograniczone do zaburzeń przy oddawaniu moczu, lecz mogą być stałe, promieniować do żołędzi członka, do krocza lub do okolicy pośladkowej. W takich wypadkach ból potęguje się znacznie przy defekacji.

Mocz wykazuje zmiany zapalne, jest mniej lub więcej ropny, mętny, czasami z domieszką krwi. Przedmiotowo stwierdzić można powiększenie gruczołu krokowego, czasami nierównomierne. Gruczoł jest bolesny, niekiedy wyczuwa się krepitację. W rzadkich przypadkach zgłębnikiem wprowadzonym do cewki można wyczuć kamień. Odchodzenie kamieni z moczem może nasunąć podejrzenie kamicy sterczu. Wreszcie zdjęcie rentgenowskie ostatecznie rozstrzygnie rozpoznanie.

Charakterystyczne jest, że kamienie gruczołu krokowego czy gruczołowej części cewki moczowej mogą nie dawać żadnych dolegliwości lub bardzo nieznaczne, jak w przypadku *Blümela*, gdzie kamień wielkości jaja kurzego przebywał w tylnej cewce 53 lata, a wydobyto go z przetoki na kroczu.

W razie stwierdzenia kamicy gruczołu krokowego bez objawów klinicznych, nie należy interweniować. Operuje się przypadki powodujące znaczniejsze dolegliwości.

W naszym przypadku pierwotnie rozpoznaliśmy przerost sterczu. Postanowiliśmy operować i usunąć gruczoł jednoczasowo. W czasie operacji stwierdzono w zakresie trójkąta Lieutauda owrzodzenie rakowate, w którym tkwił kamień. Kamienie gruczołu krokowego zostały rozpoznane w czasie operacji.

PIŚMIENNICTWO:

A. Socin u. E. Burckhardt: Die Verletzungen und Krankheiten der Prostata, Deutsche Chirurgie, Lieferung 53, 1902; *L. Casper:* Steine und Konkretionen der Prostata. Lehrbuch der Urologie, 1932; *Gayet:* Über einige Fälle von Prostatastein. Zbl. f. Chir. 1929, Nr. 29; *Fillenz:* Steine in der Prostata. Zbl. f. Chir. 1931, Nr. 6; *Hirt:* Prostatastein. Zbl. f. Chir. 1936, Nr. 12; *R. Bracco:* Klinischer Beitrag zur Frage der Prostatasteine. Zbl. f. Chir. 1936, Nr. 14; Kamni predstatielnoj żelezy i predstatielnowo otdieła moczeispuskatelnowo kanała. „Ruskaja Chirurgia", Tom. V, 1916; *R. M. Fronsztejn:* Kamni prostaty. Urologia, 1938.

KAZUISTYKA

Z I Kliniki Chirurgicznej Uniw. J. Piłsudskiego w Warszawie.
Dyrektor: *Prof. dr Z. Radliński.*

PRZYPADEK ZIARNICY ŻOŁĄDKA

podał
Stefan Vogtt.

Ziarnica złośliwa jest schorzeniem występującym stosunkowo rzadko. *Chodkowski* podaje 81 przypadków na 13.586 sekcji, czyli stanowi to 0.596%. U *Nowickiego* stanowi ona zaledwie 0.21%, u *Lubarscha* 0.4% i 0.34% u *Leutkensa*, przy czym autorzy ci podkreślają, że są lata, kiedy występuje ona częściej np. w okre-

sie Wielkiej Wojny. *Ciechanowski* zwraca uwagę na wzrost częstości ziarnicy złośliwej w ostatnich latach w materiale sekcyjnym z 2,92 do 3,41‰ i w badaniach diagnostycznych z 5,84 do 7,08‰.

Schorzenie to występuje częściej u mężczyzn niż u kobiet, w wieku między 21. i 40. rokiem życia, jakkolwiek jest ono częste również w wieku dziecięcym. Według *Chodkowskiego* najrzadziej występuje w wieku między 41. i 50. r. życia.

Ziarnica złośliwa zwykle umiejscawia się w gruczołach limfatycznych szyi, by następnie drogą naczyń krwionośnych lub chłonnych, czy też per continuitatem dać przerzuty do innych narządów, a przeważnie śledziony, szpiku, wątroby i kości. Natomiast bardzo rzadko ziarnica złośliwa umiejscawia się w przewodzie pokarmowym, a zwłaszcza w żołądku, w układzie krążenia — a więc w sercu i dużych naczyniach (w następstwie czego mamy krwotoki, zawały blade, przesięki, skrzepliny), osierdziu, narządach płciowych (zwłaszcza u mężczyzn), skórze, opłucnej.

Etiologia tego cierpienia jest niejasna. Jedni, jak *Hornowski,* zaliczają ją do spraw zapalnych złośliwych, inni zaś, jak *Dietrich, Much, Baumgarten,* skłonni są do uważania jej za jedną z postaci gruźlicy. Inni wreszcie traktują ziarnicę jako sprawę nowotworową. *Yamasaki, Warnecke, Gibbon, Coley, Ménétrier, Letulle, Nattan, Lorier* są zwolennikami łączenia ziarnicy i nowotworów. *Favre, Colrat, Gastinel, Reilly, Potey* są zwolennikami teorii mieszanej. Jeszcze inni zaliczają ziarnicę do t. zw. siatkowic, a więc rozrostu i przerostu układu siateczkowo-śródbłonkowego, a jak chce *Chodkowski,* pochodzenia zakaźno - toksycznego. Jest on skłonny uważać, że istnieje swoisty zarazek, wywołujący to cierpienie. Ustalenie wrót wkroczenia jest trudne, zwłaszcza jeśli chodzi o odosobnioną ziarnicę przewodu pokarmowego, gdyż bardzo rzadko zmiany pierwotne rozwijają się we wrotach wkroczenia. Zmianom ziarnicznym towarzyszą zmiany nieswoiste oraz zmiany współistniejące lub wikłające ziarnicę. Być może że drogą krwi czy limfy przenosi się czynnik wywołujący ziarnicę, dając pierwotne zmiany w ścianie żołądka, a ogniska ziarnicy powstają z miejscowych komórek mezenchymy, przechodząc z grudek limfatycznych na śluzówkę i ścianę żołądka.

Na specjalną uwagę zasługuje ziarnica złośliwa żołądka lub jelita, gdyż jest ona dowodem, że czynnik ziarnicotwórczy może działać również na śluzówkę żołądka, dając w następstwie pierwotne zmiany ziarnicze. Ziarnica złośliwa żołądka przyjmuje bądź postać ograniczonego guza, bądź też rozlanego nacieku ściany; możemy też spotkać owrzodzenie w obrębie zmian ziarniczych.

Według *Nowickiego* ziarnica złośliwa dotycząca tylko żołądka jest najrzadziej spotykaną postacią ziarnicy przewodu pokarmowego. *Sternberg* radzi zachować jak najdalej idącą ostrożność w rozpoznawaniu ziarnicy żołądka. *Lubarsch* wskazuje, że teoretycznie można przyjąć, iż sprawa chorobowa może się rozwinąć w gruczołach limfatycznych jakiegoś narządu.

Źródłem rozwoju zmian ziarniczych w żołądku mogą być albo tkanki limfatyczne jego ściany, albo też składniki komórkowe układu siateczkowo - śródbłonkowego: histiocyty, obłonki, śródbłonki i t. p. Budowa histologiczna tkanki ziarniczej w żołądku nie różni się od budowy ziarnicy złośliwej gruczołów limfatycznych lub innych narządów. *Chodkowski* rozróżnia okres zmian wczesnych — nieuchwytnych histologicznie, zmian w rozkwicie i zmian późnych. *Lubarsch* zwraca jednak uwagę, że w jego przypadkach ziarnicy złośliwej żołądka znajdowało się bardzo mało ko-

mórek plazmatycznych, znacznie mniej niż w tkance ziarniczej gruczołów.

Rozpoznanie kliniczne ziarnicy złośliwej nie zawsze jest łatwe, a przy schorzeniu obejmującym narząd taki jak żołądek, jest ono wprost niemożliwe bez badania histologicznego. Przypadki ziarnicy złośliwej żołądka trafiają do lekarza dość późno, kiedy objawy kliniczne zależne od usadowienia się schorzenia, nie różnią się od zmian spowodowanych przez inną sprawę nowotworową czy zapalną. *Chodkowski* podaje, że na 47 przypadków ziarnicy złośliwej, nie rozpoznano jej klinicznie w 20 przypadkach. Ziarnicę odosobnioną żołądka możemy z pewnością stwierdzić jedynie badaniem anatomo - patologicznym, gdyż badanie kliniczne nie może wyłączyć istnienia ognisk ziarniczych w innych narządach. Zresztą i postawienie rozpoznania histologicznego również czasami napotyka na duże trudności.

Liczba opisanych przypadków ziarnicy złośliwej żołądka jest niewielka. W znanej nam literaturze do 1936 r. udało się stwierdzić, że opisano takich przypadków 38. Ostatnio *Ciechanowski* podał, wśród 5 przypadków ziarnicy złośliwej przewodu pokarmowego, 2 przypadki zajęcia żołądka, przy czym w 1-ym tylko żołądka, a w 2-im żołądka i jelita krętego.

Baumgartner podaje opis przypadku, który w 5 dni po zabiegu operacyjnym zmarł. W 2 innych jego przypadkach (kobiety 32-letniej i 56-letniej) nie dokonywano wycięcia żołądka, lecz po badaniu próbnym w czasie operacji zaszywano brzuch. Przypadki te skończyły się śmiertelnie w kilka dni po zabiegu operacyjnym. *Freifeld* opisał 2 przypadki ziarnicy złośliwej. *Sussig* i *Mittelbach*, którzy opisali ziarnicę ograniczoną żołądka, podkreślają, że badanie w czasie operacji i postawienie rozpoznania nie może wyłączyć, że w innych narządach nie znajdzie się również zmian. Z innych 2 przypadków w jednym ziarnica była zlokalizowana w żołądku, w drugim — w jelicie cienkim, lecz zmiany te wychodziły z sąsiednich gruczołów. Dlatego *Baumgartner* podnosi zarzuty przeciw wywodom *Pfennigwertha*, twierdząc że nie wolno mówić o typowej ziarnicy tylko ze względu na przebieg kliniczny czy też lokalizację schorzenia, jeżeli wynik badania histologicznego jest typowy dla ziarnicy złośliwej.

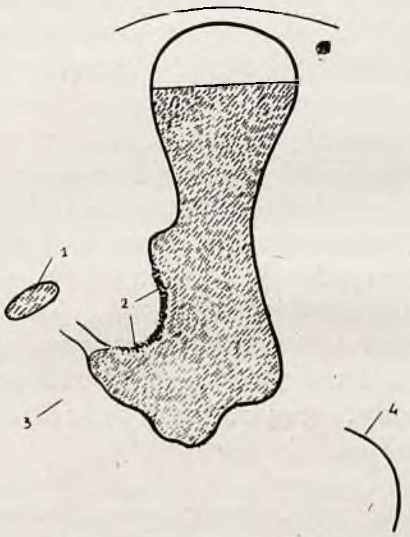
Co do zejścia przypadków ziarnicy złośliwej, to wskutek zwiększonej ilości białka i produktów jego rozpadu, spowodowanej rozpadem w komórkach, przychodzi do zmian skrobiowatych.

Wielu autorów przestrzega przed stosowaniem leczniczym promieni rentgenowskich, gdyż mogą one wpływać na rozwój skrobiawicy.

Poniżej przytaczamy opis obserwowanego przez nas przypadku ziarnicy złośliwej żołądka, leczonego operacyjnie. Przypadek ten był demonstrowany w Warszawskim Tow. Chirurgicznym przez *L. Manteuffla* w zastępstwie *St. Vogtta,* oraz przez tego ostatniego w Tow. Gastrologów.

Chora N. S. lat 33, niezamężna, z zawodu krawcowa, zamieszkała na Podlasiu, przybyła do I Klin. Chirurg. U. J. P. w dniu 8.IV 37 r. podając, że od 6-ciu lat odczuwa bóle w okolicy żołądka, występujące po jedzeniu, a specjalnie po pokarmach kwaśnych i ciężko - strawnych. Po 4-ch latach cierpień bóle ustąpiły. Do sierpnia 1936 r. czuła się zupełnie dobrze. Od sierpnia bóle w okolicy żołądka zaczęły występować zarówno po jedzeniu jak i naczczo, co zmusiło ją do intensywnego leczenia. Po szczegółowym zbadaniu chemizmu żołądka rozpoznano u chorej wrzód żołądka. Ostatnio przebywała 10 dni w szpitalu w Lublinie. Z załączonych badań klinicznych przeprowadzonych poza kliniką wynika: próba na krew utajoną w kale wybitnie dodatnia; kwasota ogólna żołądka 22; badanie rentgenowskie dokonane w szpitalu Św. Jana Bożego w Lublinie (prześwietlenie po podaniu masy kontrastowej z dn. 9.III 37 r.) wykazało: żo-

łądek położony prawidłowo; w dolnej części jego i w okolicy przyodźwiernikowej są nieprawidłowego kształtu ubytki cieniowe. Przesuwalność żołądka ograniczona. Ruchy robaczkowe w dolnej części żołądka i w części przyodźwiernikowej niewidoczne. Wnioski rozpoznawcze: *tumor ventriculi.*



Rys. 1. Szkic rentgenoskopii żołądka: 1. — opuszka dwunastnicy, 2. — ubytek cieniowy, 3. — pępek, 4. — lewy talerz biodrowy.

W 1931 r. chora była operowana w II Klin. Chirurg. U. J. P. z powodu guza w okolicy stawu biodrowego lewego (guz pochodzenia zapalnego). Badanie histopatologiczne guza cech rozplemu złośliwego nie stwierdziło *(dr Siedlecka).*

Z chorób przebytych podaje ospę, dur brzuszny, zimnicę, płonicę. Chorób wenerycznych jakoby nie przechodziła.

Nie kaszle, nie pluje. Przy chodzeniu b. się męczy. Łaknienie upośledzone. W ciążę nie zachodziła. Pierwsza miesiączka w 15. roku życia. Następne regularne, 3 — 4/30, bolesne, niezbyt obfite. Ostatnia 9.III b. r. obfita, bolesna.

S t a n o b e c n y. Wzrost średni. Budowa prawidłowa, asteniczna. Odżywienie upośledzone. Waga 42,3 kg. Skóra zabarwiona prawidłowo, śluzówki b. blade. Czaszka symetryczna, na ucisk i opukiwanie niebolesna. Źrenice równe, reagują prawidłowo. Gruczoły limfatyczne nigdzie nie powiększone. Ze strony narządów klatki piersiowej brak objawów chorobowych.

Brzuch miernie wysklepiony, b. silnie napięty; ze względu na b. znaczne napięcie powłok, wymacanie narządów jamy brzusznej jest utrudnione. Bolesność uciskowa okolicy żołądka.

Wstrząsanie lewej okolicy lędźwiowej bolesne. Obmacywanie kośćca niebolesne.

B a d a n i e m o r f o l o g i c z n e k r w i: Czerwonych ciałek — 4.600.000, b. c. — 7.000, eozynofil. — 2%, neutrof. pał. — 2%, neutrof. segm. — 59%, limfocyt. — 32%, monocyt. — 5%; Hgb. — 90%, wskaźnik — 0.97.

B a d a n i e m o c z u: brak składników patologicznych. B a d a n i e k a ł u na krew utajoną dało wynik silnie dodatni.

11.IV. Samopoczucie chorej złe, skargi na silne bóle w okolicy żołądka, nasilające się po przyjęciu nawet płynnych pokarmów (konieczność podawania narkotyków podskórnie).

Ze względu na: 1) stan chorej (znaczne wyniszczenie, silne bóle po przyjęciu pokarmów, a co za tym idzie niechęć przyjmowania wszelkich pokarmów), 2) trudności techniczne w dokonaniu samego zdjęcia (konieczność czekania kilku dni na możność uzyskania badania rentgenowskiego) — badania rtg. ponownie nie przeprowadzono. Zresztą rozpoznanie będące wynikiem badania przewodu pokarmowego w Szpitalu w Lublinie: *tumor ventriculi, probabiliter carcinoma,* zdawało się być zupełnie pewne.

Z tych względów po dokładnym przygotowaniu chorej przystąpiono w dniu 13.IV do zabiegu operacyjnego *(prof. dr Z. Radliński),* w znieczuleniu ogólnym eterowym. Po otwarciu otrzewnej wyłoniono żołądek na zewnątrz i stwierdzono na jego krzywiźnie większej, mniej więcej na granicy $^{3}/_{5}$ górnych i $^{2}/_{5}$ dolnych, twardy guz nowotworowy. Wobec powyższego przystąpiono do resekcji żołądka. Po uwolnieniu żołądka i dokładnym podwiązaniu naczyń krwionośnych, oddzielono żołądek od dwunastnicy, zaopatrując jej kikut w podwiązkę i 3 piętra szwów. Następnie dokonano resekcji żołądka na granicy górnej i środkowej ⅓ oraz zespolenia żołądka z jelitem cienkim modo Billroth II szwem jednopiętrowym. Kontrola gruczołów krezkowych i pozaotrzewnowych zmian dostępnych dla badania dotykiem nie wykazała. Powłoki zeszyto szczelnie. Wstrzyknięcie 500 cm^3 roztworu fizjologicznego soli podskórnie; środki nasercowe co 4 godziny. Przebieg pooperacyjny dobry, bez powikłań. Chorej podawano codziennie dożylnie i doodbytniczo sól i glukozę trzy razy dziennie.

22.IV. Łaknienie wzmożone. Samopoczucie dobre. Stan bezgorączkowy. Zdjęto klamerki. Rana goi się przez rychłozrost.

B a d a n i e m o r f o l o g i c z n e k r w i: Czerwonych ciałek — 3.390.000, b. c. — 4.400, eozynofil. — 3%, neutrofil. pał. — 3%, neutrof.

segm. — 59%, limfocyt. — 30%, monocyt. — 5%; Hgb. — 67%, wskaźnik — 1.

4.V. Badanie rentgenowskie żołądka *(dr. Zabokrzycki)* wykazało: Po wprowadzeniu zawiesiny kontrastowej wypełnia ona część wpustowo-trzonową żołądka, po czym opuszcza go przez złączoną z żołądkiem pętlę jelita cienkiego. Przechodzenie bez zaburzeń. Wnioski: *Status post resectionem ventriculi* (rys. 2).



Rys. 2.

Chora czuje się dobrze, stopniowy powrót do sił. Łaknienie wzmożone; stan bezgorączkowy. Waga 44,6 kg.

Wypisana jako wyleczona z raną zagojoną. Zalecono chorej dietę i zgłoszenie się za 6 tygodni na powtórne badanie.

W usuniętym odcinku żołądka (rys. 3) stwierdza się rozległe owrzodzenie obejmujące prawie całą błonę śluzową części odźwiernikowej. Brzegi ubytku dość nierówne, faliste, ostro odcinają się od dna owrzodzenia. Dno owrzodzenia utworzone jest przez brudno - różowawą, pokrytą miejscami szarawym nalotem, tkankę (ziarnina swoista). Śluzówka samego odźwiernika oraz śluzówka dna żołądka jest zachowana. Wzdłuż obu krzywizn po stronie wewnętrznej żołądka, zwłaszcza wzdłuż krzywizny małej, stwierdza się liczne, powiększone, niedające się oddzielić od ściany żołądka guzy, z których największy, wielkości śliwki, znajduje się w połowie długości krzywizny małej. Ściana żołądka jest w tym miejscu bardzo cienka, mięśniówka bowiem zniszczona jest prawie całkowicie przez wspomniane guzy.



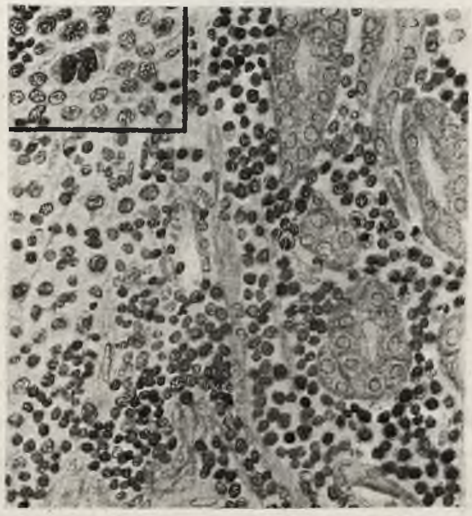
Rys. 3.

Wynik badania anatomo - patologicznego *(dr L. Manteuffel)* brzmi:

W preparatach mikroskopowych z usuniętej na drodze operacyjnej części żołądka, stwierdza się: dno owrzodzenia, całkowicie pozbawione śluzówki, utworzone jest przez warstwę tkanki ziarniczej, grubości od 2 do 4 mm, pokrytej przez masy martwicze, ściśle do niej przylegające. W ziarninie stwierdza się liczne komórki siateczki o charakterystycznych, dużych, dość jasnych jądrach, dużą ilość limfocytów, rozrzucone dość równomiernie komórki plązmatyczne oraz skupienia, zwłaszcza na obwodzie tkanki ziarniczej, komórek eozynochłonnych. Typowe, dość liczne komórki Sternberga znajdują się przeważnie w guzach wzdłuż obu krzywizn. Ziarnina swoista sięga aż do mięś-

niówki, naciekając ją miejscami dość głęboko, na ogół jednak odcina się od podścieliska wyraźnie. Granica między zachowaną śluzówką a tkanką ziarniczą ostro zaznaczona przez wąski pas skupienia limfocytów.

Utkanie guzów przedstawia typowy obraz ziarnicy złośliwej w okresie rozkwitu. Zwłóknienie tkanki ziarniczej jest zaznaczone w nich tylko miejscami, w stopniu nieznacznym. Rozpoznanie: *granulomatosis maligna ventriculi* (rys. 4).



Rys. 4. Ziarnica złośliwa żołądka. Na lewo tkanka swoista, ziarnicza, z licznymi komórkami siateczki, na prawo widać zachowane gruczoły błony śluzowej żołądka, oddzielone od tkanki ziarniczej przez pas limfocytów. Tu i ówdzie komórki plazmatyczne o charakterystycznych „szprychowych" jądrach. Dookoła cewek gruczołów śluzówki żołądka spostrzega się drobne skupienia komórek eozynochłonnych z typowymi ziarnistościami w zarodzi. W oddzielnym polu w lewym rogu — obraz tkanki ziarniczej w gruczole chłonnym z typową komórką Sternberga (powiększenie: mikr. Štiassnie, objek. 5 okul. 12).

Od tej pory chora utrzymuje kontakt z kliniką: w dniu 16.VIII 37 r. zgłosiła się na badanie kontrolne. Czuje się dobrze, żadnych dolegliwości po jedzeniu nie odczuwa, łaknienie dobre. Waga 48 kg. Badanie kału na krew utajoną dało wynik ujemny. Badanie moczu — brak składników patologicznych. Badanie morfologiczne krwi — żadnych odchyleń od normy. Badanie rentgenologiczne *(doc. dr A. Elektorowicz* i *dr J. Zabokrzycki)* wykazało prawidłowe działanie zespolenia żołądkowo-jelitowego. W kręgosłupie zdjęcie nie ujawniło żadnych zmian patologicznych.

Następnie chora zgłosiła się 6.XI 37 r. Waga 56,1 kg. Czuje się bardzo dobrze, łaknienie dobre, żadnych dolegliwości nie odczuwa. Przy badaniu w obrębie gruczołów chłonnych, klatki piersiowej, jamy brzusznej i kośćca nie stwierdza się zmian chorobowych. Przeprowadzono badanie krwi, kału, moczu oraz dokonano zdjęć rentgenowskich kręgosłupa i żołądka po podaniu masy kontrastowej. Zmian patologicznych nie stwierdzono.

Wreszcie chora zgłosiła się 7.III 38 r. Waga 55 kg. Samopoczucie chorej dobre. Bólów w okolicy żołądka nie odczuwa. Skargi na nieokreślone bóle w okolicy kręgosłupa lędźwiowego bez ścisłej lokalizacji. Obmacywanie i uderzanie kręgosłupa niebolesne. Przeprowadzono znów badanie rentgenowskie żołądka i kręgosłupa, które, zarówno jak badanie kału, krwi i moczu, zmian patologicznych nie wykazało. Jedynie zwraca uwagę utrzymująca się stale limfocytoza w granicach 31—43%, dla której brak wytłumaczenia.

Wobec remontu kliniki chora zgłosiła się 5.VII 38 r. do oddziału urologicznego szpitala św. Łazarza w Warszawie, podając, że od 4 tygodni odczuwa silne bóle w okolicy lędźwiowej, oraz ma częste i bolesne oddawanie moczu. Przy badaniu fizykalnym stwierdzono wówczas w okolicy blizny pooperacyjnej nadbrzusza twardy opór wielkości pięści. Wziernikowanie pęcherza moczowego i badanie rentgenologiczne dróg moczowych zmian patologicznych nie wykazało.

7.VII wystąpiły u chorej objawy żółtaczki i bóle w prawym nadbrzuszu, wobec czego 9.VII chorą przepisano do oddziału wewnętrznego tego szpitala, gdzie pozostawała w leczeniu do 26.VII 38 r. U cho-

rej rozpoznano: *tumor hepatis, icterus; status non operabilis.*

Waga chorej 48 kg. Temp. 36,8°. Białkówki i skóra podbarwione żółtaczkowo. Ze strony płuc i serca zmian patologicznych nie stwierdzono. Chora b. łatwo się męczy. Obmacywaniem stwierdzono: nieznaczna bolesność w prawym podżebrzu, wątroba wyczuwalna pod łukiem żebrowym; śledziona niemacalna; objaw Goldflama obustronnnie dodatni; przy obmacywaniu okolica żołądka niebolesna. 13.VII dokonano badania rentgenologicznego żołądka, które wykazało: po 3 godz. kikut żołądka wypełniony zupełnie, opróżnianie się żołądka znacznie upośledzone. Po 24 godz. jeszcze ślady baru w lewym podżebrzu. Kikut żołądka wypełnia się prawidłowo, wykazuje w dolnej części od strony małej krzywizny nieregularny zarys, jest wielkości pięści, opróżnia się bardzo opornie.

Tego dnia wystąpiły u chorej wymioty, zabarwienie żółtaczkowe wzmogło się, bóle nasiliły się. Przy badaniu jamy brzusznej obmacywaniem stwierdzono obecność guza wielkości pięści, nieprzesuwalnego, nieco bardziej na prawo od kąta międzyżebrowego. Badania morfolog. krwi oraz kału nie przeprowadzono. W czasie dalszego pobytu chorej w szpitalu zaczęła ona gorączkować do 38°. Nudności, wymioty i inne dolegliwości nasiliły się. Chora 26.VII na własne żądanie została wypisana.

Chora zmarła w domu 11.VIII 38 r. Badania pośmiertnego zwłok nie przeprowadzono.

W omówionym przypadku nie rozpoznano ziarnicy złośliwej żołądka ani przed zabiegiem operacyjnym, ani w czasie zabiegu. Nie ma bowiem takich objawów, które umożliwiłyby klinicznie takie rozpoznanie. Również wygląd makroskopowy wyciętego żołądka (guzy, owrzodzenie) nie nasuwał podejrzenia obecności tego cierpienia, a raczej przemawiał za sprawą nowotworową (rak).

To też niewątpliwie niespodzianką był wynik badania histologicznego, które wykazało zmiany właściwe dla ziarnicy złośliwej.

Należy zwrócić uwagę na szczególny obraz żołądka: rozległe owrzodzenie, zajmujące więcej niż ⅓ śluzówki żołądka i wśród niego kilka twardych guzów.

Zmiany ziarnicze w żołądku w chwili zabiegu były jedynymi w ustroju, co można stwierdzić na podstawie badania w czasie zabiegu operacyjnego (brak obrzmienia gruczołów, ognisk w wątrobie, powiększenia śledziony) oraz badania histologicznego gruczołów okołowątrobowych. Należałoby uważać je za pierwotne ognisko ziarnicze, powstałe w miejscu zadziałania jadu ziarniczotwórczego. W tym ujęciu, zmiany w żołądku byłyby częścią zespołu ziarnicy pierwotnej, którego drugi składnik znajdujący się w gruczołach, rozwinął się dopiero po zabiegu operacyjnym.

Chora zginęła niewątpliwie na ziarnicę złośliwą, zajmującą gruczoły jamy brzusznej oraz wątrobę. Należy przypuszczać, że jady przedostały się do dalszych narządów, że w niektórych gruczołach, a może nawet i w wątrobie, były już zmiany ziarnicowe, niewidoczne w czasie zabiegu, które dopiero potem rozwinęły się i doprowadziły do żółtaczki, a wreszcie do zgonu.

Naszym zdaniem leczenie operacyjne było tu bezwzględnie wskazane, gdyż przedłużyło ono życie chorej przynajmniej o rok. Wiadomą bowiem jest rzeczą, że ziarnica umiejscowiona w jamie brzusznej szybko doprowadza do śmierci. Dlatego też uważamy, że najodpowiedniejszym leczeniem odosobnionej ziarnicy złośliwej żołądka jest radykalny zabieg chirurgiczny.

PIŚMIENNICTWO:

1. *Baumgartner:* Ueber eine ungewöhnliche isolierte Lymphogranulomatose des Magens und xantomatöse Umwandlung der Gekrösewurzel. Virchow's Archiv, 290. 1933; 2. *St. Chodkowska* i *K. Chodkowski:* Histologia i histogeneza ziarnicy złośliwej. Nowiny lekarskie z. 4, 5, 6 — 1931; 3. *Favre:* Comm. au XXII Congrès Français de Méd. Paris 1932; 4. *Sternberg - Lubarsch:* Ostertag Ergebnisse T. 30, 1936; 5. *Leutkens:* Statistische und histol. Betrachtungen über die Hodginsche Granulomatose. Diss. Freiburg 1934; 6. *Favre* et *Croizat:* Ann. d'Anat. Path. 8. 1931; 7. *Opoczyński:* Pamiętn. XIV Zj. Lek. i Przyr. Pol. T. 11. 1935. 8. *K. Chodkowski:* Ziarnica złośliwa. Lek. Wojskowy. T. 27. 1936; 9. *St. Ciechanowski:* Virchow's Archiv, 1938. T. 303.

Z Oddziału Chirurg. Szpitala Miejskiego Św. Jakuba w Wilnie.
Dyrektor: *Dr M. Siedlecki.*

PRZYPADEK NIEDROŻNOŚCI JELITOWEJ WSKUTEK UWIĘZNIĘCIA UCHYŁKA MECKELA W OTWORZE WRODZONYM KREZKI JELITA CIENKIEGO

podał

Dr S. Zapolski.

W piśmiennictwie spotykamy dużo przypadków niedrożności, spowodowanej uchyłkiem Meckela, który znajdujemy u 2% ludzi (dane wg podręczników anatomii i chirurgii). Według dostępnej mi literatury, uchyłek Meckela jest przyczyną około 5 — 7% wszystkich niedrożności.

Niezmiernie rzadkie natomiast są przypadki niedrożności, spowodowanej istnieniem otworu w krezce jelita cienkiego. Literatura wymienia zaledwie 56 takich przypadków.

Otwory w krezce jelita cienkiego dzielą się na w r o d z o n e i n a b y t e. Przy wrodzonych otworach krezki istnieją też często inne wady rozwojowe, jak coecum mobile, diverticulum Meckeli i t. d. Otwory nabyte powstają wskutek spraw zapalnych toczących się w obrębie albo w pobliżu krezki (teoria *Prutza* i *Schumachera)*, lub wskutek urazu.

Treves zauważył, że otwory krezki zdarzają się najczęściej w jej dolnym odcinku, w miejscu położonym pomiędzy a. mesenterica superior i a. ileocolica, gdzie krezka jest najcieńsza i najsłabsza.

Na oddz. chirurgicznym Szpitala Św. Jakuba w Wilnie operowano przypadek, w którym przyczyną niedrożności było uwięźnięcie uchyłka Meckela w otworze krezki jelita cienkiego i przyrośnięcie uchyłka do ściany jamy brzusznej. W dostępnej mi literaturze nie spotkałem podobnego przypadku.

O p i s p r z y p a d k u. Na oddział chirurgiczny Szpitala Św. Jakuba przybył w dniu 20.6.1938 r. chory Jan B. (Nr hist. chor. 2326), lat 18, kawaler, robotnik rolny. Podaje że zachorował 14.6.38 r. nagle przy pracy. Doznał silnego bólu całego brzucha, wymiotował kilkakrotnie. Stolec i gazy zatrzymane. Następnego dnia udał się do jednego ze szpitali prowincjonalnych, gdzie przeleżał 3 dni. Objawy te same, stopniowo narastały. Po trzech dniach od początku choroby przybył do Szpitala Św. Jakuba w Wilnie.

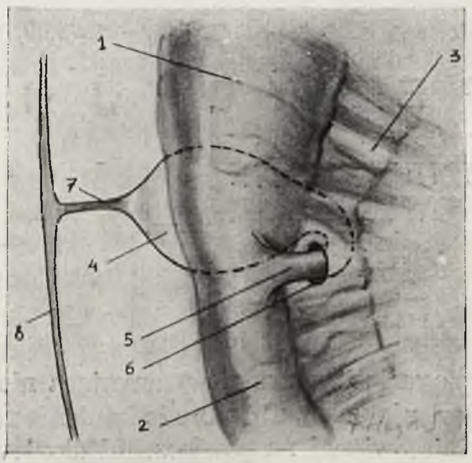
Przy badaniu stwierdzono: wzrost średni, budowa prawidłowa, odżywienie mierne. T. norma, tętno 80 na minutę, miarowe. Język obłożony, suchy. Serce — tony czyste, akcja miarowa. Płuca — szmer pęcherzykowy jawny. Brzuch mocno wzdęty, napięty, wypuk na całej przestrzeni bębenkowy.

Stłumienie wątroby zniesione. Stawiania się jelit nie widać.

Wywiad rodzinny bez znaczenia. W dzieciństwie przechodził odrę i krztusiec.

Rozpoznanie — *ileus* (w obrębie jelita cienkiego).

O p e r a c j a *(dr Zapolski)*: Uśpienie ogólne eterowe, cięcie środkowe. W jamie brzusznej płyn mętny. Jelita cienkie rozdęte, grube zapadnięte. W okolicy biodrowej prawej stwierdza się konglomerat jelit cienkich, przesznurowany pasmem łącznotkankowym, przyrośniętym do przedniej ściany jamy brzusznej poniżej i w prawo od pępka. Przy bliższym badaniu okazało się, że pasmo to jest uchyłkiem Meckela, długości około 10 cm, rozdętym w części przyjelitowej, w części obwodowej zamienionym w pasmo łącznotkankowe. Po przecięciu tego pasma pomiędzy podwiązkami w pobliżu przedniej ściany jamy brzusznej okazało się, że uchyłek Meckela przedostaje się na drugą stronę krezki przez otwór w krezce jelita cienkiego, wielkości jednogroszówki; otwór ten położony jest tuż przy ścianie jelita cienkiego na poziomie odejścia uchyłka Meckela (około 30 cm od zastawki Bauhina). W miejscu przejścia uchyłka przez otwór krezki, Meckel jest przewężony i uwięźnięty, a ściana całkowicie nekrotyczna. Bardziej obwodowo uchyłek jest rozdęty, zasiniony, wielkości jaja gołębiego, a dalej przechodzi w wyżej opisane pasmo łącznotkankowe, przyrośnięte do powłok. Jelito cienkie zostało przez uchyłek nieco skręcone wzdłuż swojej długiej osi i silnie zaciśnięte. Pętla doprowadzająca rozdęta, odprowadzająca zapadnięta. W miejscu przewężenia ściana jelita pierścieniowato nekrotyczna, perforowana w dwóch miejscach, z otworów wypływa płynna treść jelitowa. Dokonano resekcji jelita cienkiego na przestrzeni około 8 cm wraz z uchyłkiem Meckela i miejscem nekrotycznym. Zespolenie jelita osiowe. Jamę brzuszną osuszono i szczelnie zamknięto warstwowo.



Rys. 1. 1. — doprowadzająca pętla jelita cienkiego, 2. — pętla odprowadzająca, 3. — krezka jelita, 4. — rozdęta część uchyłka Meckela, 5. — jego podstawa, 6. — otwór w krezce, 7. — pasmo łącznotkankowe, przyrośnięte do 8. — ściany brzusznej.

Przebieg pooperacyjny bez większych powikłań. Chory został wypisany w dniu 16.7.38 r. w stanie dobrym.

Jest to niezmiernie rzadki przypadek otworu w krezce jelita cienkiego, przez który przedostał się uchyłek Meckela, powodując zadzierzgnięcie jelita i niedrożność. Otwór w krezce, położony w miejscu typowym według teorii *Treves'a,* należy uważać za otwór wrodzony. Za tym przemawiałoby istnienie innej wady rozwojowej, jaką jest zachowany uchyłek Meckela oraz zupełny brak zrostu brzegów otworu z uchyłkiem. Mechanizm powstania niedrożności należałoby wytłumaczyć w sposób następujący: wolny uchyłek Meckela przedostał się przez nieduży otwór wrodzony w krezce na drugą jej stronę. Wskutek wielokrotnych uwięznięć uchyłka wytworzył się na jego szczycie stan zapalny, który spowodował zrost z przednią ścianą jamy brzusznej (teoria *Trevesa* i *Denekego,* która tłumaczy zrosty uchyłka Meckela z inną częścią jamy brzusznej, niż pępek, zrostami zapalnymi), co w wyniku doprowadziło w pewnej chwili do ostrej niedrożności.

Dokładne rozpoznanie przed operacją jest niemożliwe. Leczenie, tak jak we wszystkich przypadkach niedrożności — operacyjne; najdogodniejsze jest cięcie w linii środkowej poniżej pępka. Postępowanie operacyjne zależne jest od stopnia zmian jelita. Przy istniejącej martwicy wskazana jest resekcja zmienionej części z zespoleniem jelitowym w przypadkach o niedużym stopniu zatrucia, lub z wyprowadzeniem pętli doprowadzającej na zewnątrz przy dużym zatruciu. W przypadkach świeżych, bez nekrozy, należy zresekować uchyłek Meckela, a otwór w krezce zaszyć, po oświeżeniu brzegów w razie potrzeby.

ZUSAMMENFASSUNG.

Darmverschluss infolge der Einklemmung des Meckelschen Divertikels in einer angeborenen Mesenteriallücke

von

Dr St. Zapolski (Wilno).

Verfasser weis auf die aüsserste Seltenheit von Mesenteriallücken (bisher 56 Fälle). Er teilt sie in angeborene und erworbene ein. Eigener Fall: Bauer, 18 Jahre alt, 3. Krankheitstag. Ileussymptome. Operation 20/VI 38. Laparatomie. Der Meckelsche Divertikel, der durch eine angeborene, 1 Pfennig grosse Mesenteriallücke auf die andere Seite des Gekröses getreten war, wurde eingeklemmt und mit der vorderen Bauchwand verwachsen. Der Dünndarm wurde dadurch abgeschnürt und nekrotisch. Resektion eines 8 cm langen Darmabschnittes mit dem Meckelschen Divertikel zusammen. Terminale Enteroanastomose. Bauchnaht. Am 16/VII 38. geheilt entlassen.

TECHNIKA OPERACYJNA

UDOSKONALONY I UZUPEŁNIONY OPATRUNEK WYCIĄGOWY PALCOW

podał

Dr Kazimierz Broniewski (Warszawa).

Jeżeli improwizowana szyna palcowa (palcówka) w obrażeniach ręki i palców spełnia idealnie rolę szyny unieruchamiającej, to stosowany na niej w złamaniach ze znacznym przemieszczeniem kości śródręcza i palców opatrunek wyciągowy sprawia dotychczas wrażenie opatrunku niewykończonego i budzi zastrzeżenia zarówno w odniesieniu do punktu zaczepienia siły, jak i sposobu wyciągu. Po pierwsze, napięty drut wyciągu wywiera na opuszkę stały i niepożądany ucisk z boku, drewniana zaś rozpórka znosi to działanie w sposób prymitywny i niepewny. Powtóre, wyciąg za pomocą zawiązywania końców drutu ponad wgięciem końca podpórki palca często jest złudny, nie jest ciągły i nie daje się dawkować. Poprawka wyciągu lub kontrola, wymagająca nieraz uniesienia palca, np. w razie istnienia rany umiejscowionej na powierzchni dłoniowej, pociąga za sobą podrażnienie ogniska chorobowego, dla chorego zaś jest źródłem dotkliwych i niepotrzebnych cierpień.

Postulat jak najmniejszego drażnienia tkanek przy stosowaniu wyciągów bezpośrednich, tak trafnie rozwiązany przez *Böhlera* za pomocą nasadek, dzięki którym klamra obraca się w tych nasadkach, gdy gwóźdź tkwi w kości nieruchomo, urzeczywistniony zaś w stosowanych dziś powszechnie wyciągach drutowych, nie drażniących i nie dających powikłań, zachowuje swą wagę w odniesieniu do wyciągów za opuszkę. Wyciąg za opuszkę winien być jak najmniej drażniący oraz

dający się dawkować. Sprawę tę rozwiązuje wyciąg drutowy na igle Recorda — pomysł, jeśli chodzi o punkt zaczepienia siły, nie nowy, gdyż już notowany w piśmiennictwie [1]).

W nierdzewną igłę Recorda Nr 1, o średnicy wewnętrznej 0,4 mm, wprowadza się przez jej ostry koniec nierdzewny drut o średnicy 0,3 — 0,35 mm do oparcia się o nasadkę igły, po czym mocnymi, ostrymi cążkami do cięcia drutu odcina się n a d r u c i e pożądanej długości odcinek, przekraczający nieco szerokość opuszki palca; niewielkie zniekształcenie przekroju wygładza się cążkami, po czym drut z łatwością przechodzi na wylot. Za pomocą imadła Mathieu z ząbkami lub innego narzędzia wprowadza się, bez zbytniego zgniatania, igłę z częściowo tkwiącym w niej drutem ostrym końcem w opuszkę na wylot, końce zaś drutu po przewleczeniu skręca się cążkami.

Tak zaopatrzoną rękę układa się na przygotowanej uprzednio szynie palcowej, różniącej się tym tylko od zwykłej, że końce drucianych podpórek dla palców zawinięte zostały w kształcie pojedyńczych zwojów lub pętli i odgięte grzbietowo. Szynę palcową przygotowuje się (p. „Chirurg Polski" Nr 3/36, str. 114), doraźnie z plastycznego i zarazem dostatecznie sprężystego drutu aluminiowego o średnicy 3 mm; drut wygina się wzdłuż obwodu dolnego odcinka przedramienia, dłoni i palców, z uwzględnieniem nadmiaru długości celem umożliwienia zastosowania wyciągu; bliższy koniec rusztowania zaopatruje się w pojedyńczą poprzeczkę drucianą dla nadania mu stałości przy dalszych manipulacjach. Po prowizorycznym wymodelowaniu, szynę w obrębie przedramienia i dłoni całkowicie, w obrębie zaś podpórek dla palców mniej więcej po środku na niewielkich odcinkach owija się opaską gipsową i przed zaschnięciem gipsu wymodelowuje się ostatecznie, nadając dłoni lekkie zgięcie grzbietowe, podpórki zaś dla palców wyginając dłoniowo. Po wyschnięciu szyny podpórki dla palców, z wyjątkiem obwodowych odcinków, owija się zwykłą, wąską opaską, a odcinek dla przedramienia i dłoni wyściela się watą. Tak uzyskaną szynę przymocowuje się do kończyny opaską gipsową. Pożądane jest, po uzyskaniu poprawnego ustawienia odłamów, końce podpórek palców połączyć drutem z palcówką w obrębie nadgarstka, dla zapobiegnięcia odginaniu się szyn i ponownemu przemieszczeniu odłamów. Przez otwór zwoju wzgl. pętli wprowadza się zagiętą śrubę, zahacza o drut wyciągowy i wykonuje się dowolny wyciąg nakrętką skrzydłową, jak na rysunku 1.



Rys. 1. Dawkowany wyciąg drutowy palców na igle Recorda. Obok śruba z poprzeczką oporową i nakrętką skrzydłową do regulowania wyciągów.

Śrubka z nakrętką [1]) stanowi zmniejszony i pozbawiony poprzeczki oporowej model śruby, mogącej służyć do regulowania innych wyciągów, np. wyciągu ramienia na szynie odwodzącej itp. Ten sam sposób może być zastosowany do wyciągów plastrowych za pośrednictwem deseczki i sznurka, jak również zachowuje całkowitą wagę dla wyciągów palców stopy.

---

[1]) *Berner* — „Der Chirurg" Nr 18/1938, str. 680.

[1]) Śruby z nakrętką skrzydłową i poprzeczką oraz śrubki wyciągowe sprzedaje firma *A. Mann* (Warszawa, Pl. Małachowskiego 2).

OPERACJA PLASTYCZNA SPODZIECTWA

podał

Dr Michałek-Grodzki.

Opisana poniżej technika operacyjnego leczenia spodziectwa główki prącia zasługuje na ogłoszenie dlatego, że jest stosunkowo łatwa, a przy tym mniej znana od dawnych sposobów *Koeniga, Kronachera, Gaudiera i Ombrédanne'a.*

Zniekształcenie prącia przy spodziectwie główki polega na umiejscowieniu otworu cewki moczowej na dolnej stronie główki oraz na braku w tym miejscu napletka. Wędzidełko jest wolne lub tylko częściowo zachowane. Prącie w tych przypadkach nie jest zmniejszone lub zgięte ku dołowi, jak w innych formach spodziectwa.

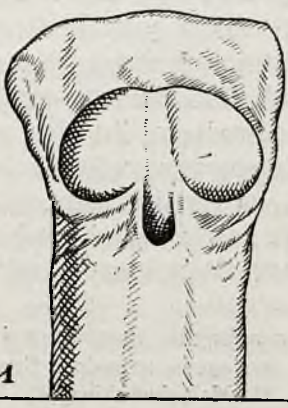
Warunkiem niezbędnym do wykonania niżej opisanej operacji jest normalna wielkość napletka. Istota metody polega na przeniesieniu napletka przyczepionego do górnej powierzchni prącia na powierzchnię dolną i na wytworzeniu z jego części końca cewki moczowej. Zabieg składa się z trzech etapów.

E t a p p i e r w s z y: Przesunięcie napletka na dolną powierzchnię prącia.

Napletek przy spodziectwie przedstawia zwykle szeroki, czworokątny płat przyczepiony, jak już zaznaczono, do grzbietu prącia (rys. 1). W płacie tym dobrze rozłożonym dwoma szczypczykami, wycina się symetryczny półksiężyc, którego rogi zwrócone są do wolnego brzegu napletka. Rogi półksiężyca nie powinny dotykać brzegu płata, gdyż mogłyby zwęzić szypuły środka napletka (rys. 2). Natomiast łuk wypukły



2



1

półksiężyca może dotykać fałdy pomiędzy główką prącia i napletkiem.

Otwór wytworzony tym sposobem powinien być dostatecznie wielki, aby przepuścić swobodnie główkę prącia, która nie może zostać ściśnięta.

Przez wymieniony otwór przesuwa się więc główkę, przemieszczając tym sposobem napletek na dolną powierzchnię prącia. Tu złącza się jego blaszki z odświeżonymi półksiężycowatymi brzegami otworu cewki moczowej. Napletek po przyrośnięciu odżywiany jest 3 drogami: dwiema bocznymi, otaczającymi podstawę główki i drogą środkową, zespoloną z ujściem cewki moczowej (rys. 3). Zesunąć można napletek albo w tył t. j. na podstawę prącia, co jest konieczne podczas przyrastania napletka dla uniknięcia kontaktu z moczem, albo, po przyrośnięciu, przesunąć go można na przód, na dolną powierzchnię

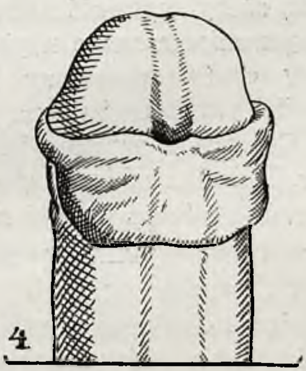


3

główki, którą w tym wypadku pokrywa on szeroko wraz z rynienką moczową.

E t a p d r u g i: Zeszycie napletka z jednym brzegiem rynienki moczowej.

Napletek zesuwa się ku tyłowi i układa się go symetrycznie (rys. 4). Następnie



4

oświeża się jeden z brzegów rynienki, prowadząc cięcie od zabliźnionego złączenia napletka z ujściem cewki moczowej do wierzchołka główki (rys. 5a), po czym nacina się napletek w całej szerokości od ujścia cewki moczowej do wolnego brzegu, w przedłużeniu prostej linii od oświeżonego brzegu rynienki i zeszywa się zewnętrzną blaszką napletka z brzegiem zewnętrznym cięcia, a blaszkę wewnętrzną z brzegiem wewnętrznym. Należy przy tym zważać, aby nie przecinać obydwu blaszek równocześnie i w jednej płaszczyźnie; musi to być wykonane oddzielnie i po należytym rozłączeniu blaszek. Zeszycie powinno być wykonane dokładnie.

Przesuwając stopniowo napletek na tylną część główki, zakłada się pojedyńcze szwy węzełkowe na każdy z brzegów cięcia, złączając je z odnośnymi blaszkami napletka, które muszą się układać dokładnie jedna na drugiej. Rozpoczyna się szyć od podstawy główki t. j. od ujścia cewki moczowej.

Szyje się cienkim jedwabiem, aby szwy można było wyjąć po zabliźnieniu bez trudności.

Kikut napletka pozostawiony z boku może być odcięty, jeśli jest za wielki i niekształtny. Część napletka, która kryje rynnę moczową, po zagojeniu jest teraz szeroko przytwierdzona do jednego z jej brzegów i do ujścia cewki moczowej.

E t a p t r z e c i: Zeszycie napletka z drugim brzegiem rynienki moczowej.

Tutaj należy przestrzegać następujących wskazówek:

1) Zważać na szerokie oświeżenie brzegu (ryc. 5b) celem osiągnięcia szerokiego zespolenia, co nie jest trudne.



5



6

2) Używać do szwów wiązanych wewnątrz cewki cienkiej struny, z wyjątkiem może ostatnich 2 węzełków w pobliżu ujścia cewki, które można usunąć i których przedwczesna resorbcja mogłaby przeszkodzić dokładnemu zrośnięciu się końca płatka z obwodem ujścia cewki (rys. 6).

Szczegóły wykonania

1) Nacięcie napletka: należy rozłożyć napletek, chwytając go za kąty, stroną wewnętrzną ku górze, i naznaczyć rogi oraz środek łuku półksiężyca igłami prostymi, przebitymi na wylot przez obie blaszki napletka. Tym sposobem ustala się równe rozmiary wycięcia półksiężycowatego na wewnętrznej i zewnętrznej blaszce napletka (rys. 1 i 2).

Półksiężyc wycina się ostrym końcem skalpela początkowo na blaszce zewnętrznej napletka, potem na blaszce wewnętrznej, trzymając się zawsze konturu półksiężyca naznaczonego poprzednio igłami. Do wycinania półksiężyca z blaszki wewnętrznej przystępujemy po usunięciu wycinka z blaszki zewnętrznej. Rozłączenie na tępo tkanki luźnej pomiędzy blaszkami, w której przebiega żyłka, jest łatwe i odbywa się zwykle bezkrwawo.

2) Oświeżenie tylnego brzegu ujścia cewki moczowej i zeszycie z napletkiem: W odległości 3 mm od ujścia cewki nacina się jego brzeg okrążająco w kierunku ku główce prącia (rys. 2). Brzegi cięcia rozszerza się do szerokości 2 — 3 mm. Każdy z brzegów rany zostaje następnie zeszyty z odpowiednią blaszką napletka: przedni (górny) z blaszką zewnętrzną, tylny (dolny) z blaszką wewnętrzną, szwami węzełkowymi, cienkim jedwabiem, rozpoczynając od środka. Po nałożeniu szwów zesuwa się napletek na trzon prącia, uwalniając tym sposobem ujście cewki moczowej (rys. 4).

3) Znieczulenie: Wszystkie trzy etapy można wykonać w znieczuleniu miejscowym, słabymi rozczynami nowokainy bez domieszki adrenaliny, która mogłaby zaszkodzić odżywianiu tkanek.

4) Odstępy czasu: Trzy tygodnie conajmniej należy odczekać po każdym etapie, ażeby zapewnić należyte unaczynienie przemieszczonego napletka.

Pierwszy chory operowany powyższą metodą został przedstawiony na posiedzeniu Tow. Chirurgów w Marsylii w grudniu 1927 r. Technika zabiegu ogłoszona została przez *V. Auberta* w 1932 r.

Szybszemu zabliźnianiu się ran w poszczególnych etapach operacyjnych sprzyjałoby założenie cienkiego cewnika moczowego Nélatona, który zapobiegałby zanieczyszczeniu ran moczem. Cewnik ułatwiłby również oddawanie moczu, utrudnione w pierwszych dniach po zabiegach wskutek obrzęku główki i napletka.

SPRAWOZDANIA

UROLOGIA W PARYŻU I RZYMIE.

(Wrażenia i notatki)

podał

Dr Włodzimierz Gawroński.

W ostatnich latach miałem sposobność przebywania przez pewien okres czasu w Paryżu i Rzymie. W niniejszym sprawozdaniu podaję swoje wrażenia z Klinik urologicznych i oddziałów urologicznych szpitalnych w wyżej wymienionych stolicach.

UWAGI OGÓLNE O UROLOGII PARYSKIEJ.

Francja, a głównie jej stolica, jest kolebką urologii we współczesnym znaczeniu tego słowa. Nazwiska dawnych wielkich mistrzów mówią same za siebie. *Civiales* był twórcą metody kruszenia kamieni w pęcherzu moczowym oraz twórcą szkoły urologicznej o światowej sławie. *Guyon* był pierwszym profesorem urologii we Francji. Katedrę uniwersytecką, wraz z kliniką urologiczną w Szpitalu Neckera, otrzymał w 1890 roku. Następcą *Guyona* był *Albarran*, niepospolicie dla urologii francuskiej zasłużony, a po jego śmierci *Legueu*, który przed kilkoma laty, z powodu przekroczenia granicy wieku, ustąpił z katedry. Następcą *Legueu* był *Marion*, który w dniu 1 września 1938 roku, podobnie jak *Legueu*, przeszedł w stan spoczynku. Dyrektorem kliniki urologicznej uniwersyteckiej został na miejsce *Mariona* mianowany prof. *Chevassu*.

Urologia francuska rozwinęła się bardzo żywo i bujnie w ostatnich kilku dziesiątkach lat zarówno w Paryżu, jako też i w prowincjonalnych miastach francuskich. Pod tym względem żaden z krajów europejskich nie może z nią rywalizować: rozwój urologii we Francji jest bezkonkurencyjnie szybki. Niemcy, których zasługi w nauce, a zatem i w medycynie są bardzo wielkie — w dziedzinie urologii muszą ustąpić Francji. A przecież tak wspaniały współczesny rozwój urologii byłby niewątpliwie nie do pomyślenia, gdyby nie prace podstawowe lekarza niemieckiego *(Nitze)*. Mimo wszystko urologia francuska góruje nad niemiecką, co zresztą przyznają sami Niemcy z całą lojalnością. Jedną z najgłówniejszych przyczyn tego jest to, że we Francji w szeregu uniwersytetów istnieją katedry urologii wraz z odpowiednimi klinikami (Brodeaux, Lille, Lyon, Marsylia, Montpellier, Paryż) oraz okoliczność, że prawie przy każdym większym szpitalu istnieją oddziały urologiczne. Urologia francuska również w znacznym stopniu zawdzięcza swój rozwój zespołom lekarskim urologicznym, które nad nią wiele pracują na swych zjazdach i posiedzeniach.

Istnieją dwa takie zespoły urologiczne we Francji:

I. *Association française d'Urologie.* — Stowarzyszenie to liczy około 250 członków, przytem ilość ich jest ograniczona. Stowarzyszenie to urządza corocznie zjazdy. W 1937 i 1938 roku miałem możność w tych zjazdach uczestniczyć, jako gość. Do stowarzyszenia tego należą nie tylko urolodzy, ale i chirurdzy.

II. *Société française d' Urologie.* — Członkiem tego stowarzyszenia może zostać każdy urolog specjalista. Pojęcie urologa specjalisty nie jest we Francji zupełnie ściśle sprecyzowane. Otrzymanie tytułu specjalisty nie jest uzależnione od złożenia odpowiedniego egzaminu z wynikiem korzystnym. Istnieje jednak zwyczaj, na ogół dość ściśle przez Francuzów przestrzegany, że specjalistą urologiem może się nazwać lekarz, który otrzymał wykształcenie urologiczne w ciągu przynajmniej 3 — 4-letniej pracy w klinice urologicznej lub w oddziale urologicznym szpitalnym.

Urologia w tych miastach, gdzie istnieją katedry urologiczne, jest obowiązkowym przedmiotem studiów lekarskich, t. zn. że wszyscy studenci medycyny muszą uczęszczać na wykłady urologii. W ogóle studenci medycyny we Francji, przystępujący do egzaminów dyplomowych, obowiązani są do odbycia 3-miesięcznego kursu t. zw. „stage" z 2-ch lub 3-ch przedmiotów medycyny klinicznej. Mogą oczywiście wybrać urologię nawet i w tych miastach, gdzie nie ma katedr urologii, lecz jedynie oddziały szpitalne urologiczne. Odbywając stage urologiczny, są oni obowiązani przebywać od godziny 9-ej do 12-ej w klinice lub w oddziale urologicznym, uczęszczać na wykłady i ćwiczenia z zakresu urologii oraz brać udział w wizytach na salach chorych i w operacjach. Bardzo często uniwersytecka klinika urologiczna przydziela pewną ilość studentów, odbywających stage, na oddziały urologiczne miejskie, ponieważ nie może zapewnić im odbywania stage'u w warunkach korzystnych ze względu na brak miejsca. Szefowie oddziałów urologicznych szpitalnych, którymi są w ogromnej większości przypadków lekarze, posiadający stopnie naukowe uniwersyteckie *(agrégé)*, mają prawo wydawania studentom odpowiednich zaświadczeń po odbytym egzaminie.

W klinikach i na oddziałach urologicznych pracują więc razem lekarze i studenci medycyny.

Dyrektorem kliniki jest profesor, jego zastępcą zazwyczaj docent *(agrégé)*. Ordynator oddziału urologicznego szpitalnego nosi nazwę urzędową: *„chef de service"*.

Studenci medycyny pracują w szpitalach jako eksterni i interni. Są to stanowiska zupełnie nie istniejące w szpitalach i klinikach polskich.

Eksterni — są to studenci (studia lekarskie trwają we Francji 6 lat, t. zn. 1 rok nauk przyrodniczych + 5 lat medycyny w ścisłym tego

słowa znaczeniu), którzy po 2 lub 3-ch semestrach klinicznych i złożeniu odpowiedniego egzaminu zostają mianowani pracownikami danej kliniki albo oddziału na okres ½ do 1 roku. Jest to duże wyróżnienie, związane z pewnymi nadziejami na przyszłość. Ekstern musi przebywać w klinice lub szpitalu obowiązkowo od godziny 9-ej do 12-ej, pomagać lekarzom i internom, niejednokrotnie prowadzić ambulatorium. Eksterni mają godziny popołudniowe wolne od zajęć w klinice lub szpitalu i mogą ten czas poświęcić na dalsze studia lekarskie.

Interni zostają mianowani z pośród eksternów po złożeniu egzaminu ustnego i piśmiennego. Intern korzysta ze znacznie większych przywilejów w klinice lub w oddziale, niż ekstern. Interni mogą samodzielnie prowadzić chorych i wykonywać operacje.

Widziałem w Paryżu zupełnie młodych internów, wykonujących bardzo dobrze nawet dość trudne operacje urologiczne. Oczywiście interni i eksterni nie posiadają prawa praktyki lekarskiej. Internem można być w ciągu kilku lat, ale jedynie jako student medycyny. Po odbyciu internatu i złożeniu egzaminów dyplomowych lekarskich, ma się możność kandydowania na stanowisko szefa kliniki lub oddziału. Szef kliniki odpowiada mniej więcej stanowisku adiunkta kliniki w Polsce, szef oddziału — stanowisku ordynatora. Stanowiska te również uzyskuje się po złożeniu egzaminów. Z grona internów z reguły wychodzą przyszli docenci i profesorowie.

Asystenci — są to albo specjaliści urolodzy, albo byli interni. Zwykle bywa ich kilku w klinice lub w oddziale. Oczywiście nie są to pracownicy etatowi. Spędzają oni w klinice lub szpitalu kilka godzin przed południem. Mają prawo umieszczania swoich chorych, których z reguły sami operują. Jako lekarze starsi i bardziej doświadczeni zastępują niejednokrotnie szefa kliniki lub oddziału, mając wtedy prawo wydawania wszelkich zleceń, dotyczących pracy w oddziale lub w klinice.

Niezależnie od lekarzy i studentów wymienionych powyżej, pracują w oddziałach i klinikach urologicznych również lekarze innych specjalności. A zatem w klinice urologicznej uniwersyteckiej są szefowie pracowni histopatologicznej, chemicznej, radiologicznej i przyrodoleczniczej wraz z przydzielonymi do nich asystentami i wolontariuszami. Jest również do pomocy bardzo wielu lekarzy cudzoziemców. Bardzo liczne są we Francji kursy dokształcające *(cours de perfectionnement)* z różnych dziedzin medycyny, a zatem i z urologii. Opłata za taki kurs nie jest wygórowana. Kursy te prowadzą bardzo dobrzy specjaliści urolodzy.

Urologię w Paryżu reprezentują: *Legueu, Chevassu, Heitz-Boyer, Fey, Gouverneur, Cathelin, Michon.* Są to najgłośniejsze nazwiska w świecie urologicznym paryskim.

Legueu i Marion są to byli dyrektorzy uniwersyteckiej kliniki urologicznej, *Chevassu* — obecny dyrektor kliniki urologicznej oraz szef oddziału urologicznego w szpitalu Cochin, *Heitz-Boyer* — szef oddziału w Hôpital Lariboisière, *Fey* — profesor nadzwyczajny przy klinice uniwersyteckiej, *Gouverneur* — szef oddziału urologicznego w Hôpital Saint-Louis, *Cathelin* — szef oddziału w Hôpital d'Urologie, *Michon* — szef oddziału urologicznego w Hôpital Saint-Antoine i zarazem sekretarz *Association française d'Urologie.*

Legueu i *Marion* są to profesorowie zwyczajni w stanie spoczynku; *Chevassu, Heitz - Boyer* i *Fey* — profesorowie nadzwyczajni; *Gouverneur, Cathelin, Michon* — szefowie oddziałów urologicznych szpitalnych.

Wszyscy oni mają poza sobą dobrą szkołę chirurgii ogólnej. Zresztą jest to we Francji regułą, że chirurg - urolog musi być przedtem chirurgiem ogólnym.

Operacje są wykonywane w szpitalach i klinikach w dnie z góry określone, zespoły lekarskie operacyjne są w przeddzień operacji ściśle ustalane. Naturalnie nie dotyczy to przypadków nagłych. Zresztą dnie operacyjne nie są b. ściśle przestrzegane — operacje są wykonywane zależnie od napływającego materiału. Dość dużo operują interni, którzy niejednokrotnie wykazują duży rozmach chirurgiczny, a nawet duże przy tym wyrobienie techniczne. Na specjalne podkreślenie zasługuje niesłychanie miły stosunek asystentów, a zatem lekarzy starszych, do internów. Bardzo często operuje intern, a pomaga mu, a właściwie kieruje całą operacją, asystent, robiąc to niesłychanie taktownie, dyskretnie, a zarazem b. pożytecznie ze stanowiska dydaktycznego. Jasną jest rzeczą, jak wielkie korzyści wyciągają interni z operacyj w ten sposób wykonywanych.

Stosunek lekarzy i studentów do szefa kliniki lub oddziału jest pełen szacunku, ale bynajmniej nie tak uniżony jak np. w Niemczech, a nawet niejednokrotnie i w Polsce. Do profesora lub szefa kliniki mówi się tak, jak do wszystkich: *monsieur.* W podobny sposób zwracają się profesorowie i szefowie oddziałów do swych współpracowników. Zdarza się jednak, że stosunek profesora

wzgl. szefa oddziału do asystenta jest b. zażyły, np. stosunek *Mariona* do *Pérarda*. Wówczas profesor wzgl. szef oddziału w rozmowie z danym lekarzem używa jego nazwiska, a nie zwrotu *monsieur*. Do pielęgniarki mówi się *madame* (mężatka) albo *mademoiselle* (panna). W klinice i oddziałach urologicznych szpitalnych są pielęgniarki cywilne, z wyjątkiem szpitala św. Józefa, gdzie są szarytki. Lekarze twierdzą, że pielęgniarki cywilne są na ogół dobrze wyszkolone.

Przy operacjach prawie zawsze pomaga jeden asystent. Chory zazwyczaj zostaje usypiany w pokoju przedoperacyjnym, po czym przewozi się go na wózku do sali operacyjnej. Pielęgniarka podaje operatorowi otwartą przez siebie puszkę z wyjałowionym materiałem operacyjnym, operator wyjmuje z niej serwetki i przykrywa stoliki — dla siebie i dla asystenta, po czym z tejże samej puszki wyjmuje instrumenty chirurgiczne. Część ich wykłada na swój stolik, część podaje asystentowi, który z kolei umieszcza je na swym stoliku. Ilość instrumentów używanych do operacji jest na ogół b. mała. Materiał do szwów (struna, jedwab) znajduje się w wyjałowionych ampułkach szklanych. Przygotowanie pola operacyjnego (jodynowanie, pokrywanie serwetkami) wykonuje sam operator. Szwy są nakładane nie tak gęsto, jak u nas, ale nitki do szycia używane są stanowczo mocniejsze. Adaptacji brzegów rany nie przestrzega się zbyt ściśle. Ale też i blizny pooperacyjne, jeżeli chodzi o efekt kosmetyczny, wyglądają gorzej. Felczerek instrumentariuszek wzgl. felczerów instrumentariuszy we Francji nie ma. To co robi u nas felczerka, robi częściowo operujący, częściowo asystent. Przyznać trzeba, że idzie to im b. zręcznie, ale niewątpliwie operację przedłuża. Bardzo szerokie zastosowanie mają igły Reverdina. Powszechnie stosowana jest narkoza wziewna za pomocą maski *Ombrédanne'a;* znieczulenie miejscowe znajduje stosunkowo nie wiele zastosowania. Do uśpienia dożylnego evipanem mają Francuzi jakieś uprzedzenie, i nie stosują go zupełnie.

Stoły operacyjne są zbliżone do naszych. Zamiast pasów, przymocowujących uda chorego do stołu, używane są uciskadła metalowe, wyściełane miękkim materiałem (wata, flanela). Końce tych uciskadeł są przytwierdzone do brzegów stołu, mogą jednak być przesuwane.

KLINIKA UROLOGICZNA W SZPITALU NECKERA.

Głównym ogniskiem urologii w Paryżu jest Uniwersytecka Klinika Urologiczna, która mieści się w szpitalu *Neckera*. Ilość łóżek około 100. Dyrektorem kliniki jest obecnie prof. *Chevassu*, jego zastępcą dr *Fey* (agrégé). W klinice pracuje stale 2 szefów kliniki, 3 internów, 10 eksternów, kilku asystentów i b. znaczna ilość lekarzy cudzoziemców (jako wolontariuszy).

Otoczenie oddziałów urologicznych szpitalnych jest na ogół dość ładne. Duży nacisk kładzie się na dekoracje kwiatowe i trawniki wielkich dziedzińców szpitalnych. W klinice urologicznej, przed główną fasadą gmachu jest piękny klomb, b. dużych rozmiarów, w którym znajdują się różne gatunki kwiatów i krzewów, ugrupowanych harmonijnie i z dużym smakiem. Należy specjalnie podkreślić umiejętność Francuzów w stosowaniu różnych kombinacji kwiatów i krzewów. Kombinacje te nie są krzyczące ani jaskrawe, a b. miłe dla oka.

Klinika urologiczna nie jest budynkiem nowoczesnym w architektonicznym tego słowa znaczeniu. Łatwo poznać, że jest to gmach stary, przerabiany, częściowo zmodernizowany, stanowczo za szczupły i za ciasny w stosunku do obecnej frekwencji chorych. Porządek na salach chorych i w pracowniach niejednokrotnie wiele pozostawia do życzenia.

Wziernikowanie pęcherza i badania rentgenologiczne są wykonywane masowo. Dla wziernikowań pęcherza są przeznaczone 2 specjalne sale: jedna dla kobiet, druga dla mężczyzn. W sali dla kobiet są 2 stoły do badań urologicznych, w sali dla mężczyzn 4. Stoły te stoją obok siebie, niczym nie oddzielone, tak że każdy chory widzi doskonale co się wykonuje jego sąsiadowi. Jedynie rozbieralnie dla chorych są indywidualne w formie boksów wzgl. kabin. Po wyjściu jednak z nich izolacja chorego kończy się, chory staje się jednym ze składników grupy, badanej przez szereg lekarzy francuskich i obcych oraz studentów. Oczywiście o jakiejś ciszy i skupieniu w tych warunkach nie ma mowy.

Główną przełożoną pielęgniarek i zarazem siostrą gospodarczą jest t.zw. *madame surveillante*. Ma ona na oddziale urologicznym dość duży autorytet. Jeżeli lekarz cudzoziemiec chce zwiedzić oddział, musi przede wszystkim do niej się zwrócić, a dopiero po tym ona go przedstawia szefowi oddziału i innym lekarzom. Niektóre z tych sióstr są dość sympatyczne, ale są między nimi również wcale nie odznaczające się dobrym wychowaniem.

Nawet w sprawie otrzymania fartucha lekarskiego trzeba się zwracać do *madame surveillante*. Fartuchy dla lekarzy w szpitalach francuskich, zwłaszcza wydawane dla gości zagranicznych, są małe, krótkie, nieprasowane, a nawet czasem niemaglowane. Rozbieralnie dla lekarzy są b. prymitywne, często brak ich zupełnie. Szatnia w klinice urologicznej jest to wąziutki, długi korytarz, w którym zaledwie jedna osoba może swobodnie przejść.

Ambulatorium kliniki, t. zw. poliklinika, bynajmniej nie daje powodu do zachwytu. Jest to duża sala, pośrodku której znajduje się kilka stołów. Przy stołach siedzą lekarze, a niejednokrotnie eksterni, do których zgłaszają się chorzy. Po konsultacji, b. zresztą powierzchownej, chory otrzymuje kartkę i zgłasza się z nią do jednego z sześciu stołów, które stoją przy ścianie, oddzielone od siebie parawanami i gdzie pielęgniarka lub pielęgniarz wykonuje dany zabieg, np. płókanie pęcherza, Janet i td. Oczywiście przy takim „*traitement rapide*”, w ścisłym tego słowa znaczeniu, nie może być mowy o zachowaniu ścisłych rygorów aseptyki, a nawet niejednokrotnie zupełnie elementarnej higieny. A przy tym personel prowadzący ambulatorium często wcale nie stoi na wysokości zadania. Są to przeważnie eksterni, a zatem nie lekarze, z małym doświadczeniem, popełniający często duże błędy, do których zresztą z całą szczerością się przyznają. Francuzi chwalą się, że frekwencja w ich ambulatoriach jest liczna. Tak jest w rzeczywistości. Do polikliniki przy Klinice urologicznej przychodzi codziennie około 200 mężczyzn i około 80 kobiet. Poliklinika jest bezpłatna, z wyjątkiem zdjęć rentgenowskich, za które pobierana jest b. mała opłata. Przyjmowane są również ofiary dobrowolne, b. zresztą skąpo napływające, gdyż Francuzi w ogóle są b. oszczędni.

Klinika urologiczna, podobnie zresztą jak i niektóre inne oddziały urologiczne, posiada swą pracownię rentgenologiczną. Zwłaszcza ciekawe są stoły rentgenowskie do pyelografii, wykonywanej w pozycji stojącej i leżącej. Sal operacyjnych widziałem 2: jedna mniejsza na 1-szym piętrze, druga większa, t. zw. amfiteatr na parterze, gdzie również odbywają się wykłady.

Bardzo ciekawe jest muzeum urologiczne, w którym znajduje się szereg eksponatów z dziedziny chirurgii dróg moczowych, a zatem szereg słojów z preparatami narządów i tkanek, usuniętych operacyjnie. Jest to b. poglądowy sposób zapoznania się z cierpieniami chirurgiczno - urologicznymi ze stanowiska anatomo - patologicznego. Ciekawe są również kolekcje dawnych instrumentów chirurgiczno - urologicznych, które ze stanowiska urologii współczesnej wyglądają b. groźnie, zupełnie jak narządzia jakichś tortur.

Na korytarzach kliniki znajduje się dużo barwnych zdjęć fotograficznych różnych schorzeń urologicznych oraz wiele szafek oszklonych, w których widzimy szereg zdjęć rentgenowskich schorzeń dróg moczowych.

Sale chorych nie są oznaczone numerami, lecz nazwiskami słynnych urologów francuskich, a więc sala *Albarrana*, *Laugier*, *Velpeau* itd. Zwyczaj ten zasługuje na b. gorące pochwały, jako wyraz pietyzmu i pamięci o lekarzach zasłużonych dla urologii francuskiej. Rzecz godna naśladowania i wprowadzenia w Polsce.

Przy każdym łóżku, ponad głową chorego jest umieszczony duży słój, w którym się zbiera dobową ilość moczu danego chorego. Wygląda to nieestetycznie, ale ma niewątpliwie swoją wartość praktyczną i orientacyjną.

„PRZYKAZANIA UROLOGICZNE” MARIONA.

W 1935 roku *Marion* napisał „*Quelques principes fondamentaux de l'Urologie*”. Są to „przykazania urologiczne” spisane na tablicy-plakacie. Tablice te są umieszczone na ścianach gabinetu lekarskiego, laboratoriów i pracowni Kliniki urologicznej. Stanowią one doskonały sposób utrwalenia sobie w pamięci podstawowych zasad urologii. Zostały one również wydane w formie broszury w 1935 r.

Przytaczam te podstawowe zasady urologii w przekładzie:

Zasady ogólne.

I. Aby ustalić rozpoznanie danego schorzenia, należy objawy fizykalne brać pod uwagę w znacznie większym stopniu, niż zaburzenia czynnościowe.

Objaw fizykalny (ropomocz, krwiomocz itd) jest niezależny od odczynów lub wyjaśnień chorego; objaw czynnościowy (ból, sensacje) może mieć charakter zmienny u każdego chorego.

II. Wszelki krwiomocz powinien być nakazem

natychmiastowego całkowitego zbadania narządu moczowego.

Przede wszystkim należy wykonać wziernikowanie pęcherza, a nawet badanie nerek, a dopiero po tym wysnuwać wnioski o zwykłej kongestii, pękniętym żylaku lub innej domniemanej przyczynie krwiomoczu.

III. Należy wykonać przede wszystkim badanie szczegółowe pęcherza, a dopiero po tym cewnikowanie moczowodów.

Jeżeli nie wykonamy dokładnego badania pęcherza, to mogą ujść naszej uwadze zmiany chorobowe w nim się rozwijające, które mogą stanowić przyczynę takich lub innych objawów chorobowych. Objawów tych wówczas nie będziemy uważali za objawy pochodzenia nerkowego.

IV. Cewnikowanie moczowodów, wykonane w celu badania, powinno być zawsze obustronne. Cewników nie powinno się wprowadzać głębiej, niż 10 do 15 cm.

Jeżeli wykonujemy cewnikowanie nerki przypuszczalnie chorej, wówczas mocz może z niej częściowo spływać obok cewnika do pęcherza i dawać domieszkę ropy i drobnoustrojów do moczu nerki zdrowej którą wówczas będziemy uważali za chorą. Przy cewnikowaniu nerki przypuszczalnie zdrowej, mocz otrzymany z pęcherza może być zakażony na skutek zmian chorobowych, które się w nim toczą, podczas gdy nerka przypuszczalnie chora jest w rzeczywistości zdrowa.

Nie należy wprowadzać cewników aż do miedniczki, gdyż w ten sposób można zranić brodawkę nerkową, która może ulec zakażeniu.

V. Używanie szczepionek jest często płaszczykiem, maskującym ignorancję lekarza,który nie umie rozpoznać danej sprawy zakaźnej.

Przede wszystkim należy dokładnie ustalić charakter i przyczynę sprawy zakaźnej. Szczepionki stosuje się wtedy, gdy nie można działać w sposób bardziej skuteczny lub też wtedy, gdy ich użycie jest naprawdę wskazane.

VI. Badanie dróg moczowych pozwoliłoby nam na uniknięcie wielu wycięć wyrostka robaczkowego u tych chorych, którzy nigdy nie mieli wyraźnych ostrych napadów zapalenia wyrostka.

Chorzy operowani z powodu przewlekłego zapalenia wyrostka robaczkowego i zgłaszający się w niedługim czasie po operacji z powodu kamienia, wodonercza, gruźlicy nerki itd. po stronie prawej, stanowią legion w naszych oddziałach urologicznych.

VII. Prątki okrężnicy stwierdzone w moczu ropnym, nie pozwalają w żadnym razie na wyłączenie gruźlicy lub raka.

Zakażenie prątkami okrężnicy tak często wikła różne schorzenia dróg moczowych, że przy stwierdzeniu tych drobnoustrojów nie należy się decydować na odrzucenie rozpoznania jakiegoś innego schorzenia, jeżeli pewne objawy przemawiają na jego korzyść.

VIII. Badanie dróg moczowych powinno być wykonywane z pewną, z góry ustaloną myślą. Jednak myśl tę powinniśmy natychmiast porzucić, jeżeli badanie nie wydaje się jej potwierdzać.

W rzeczywistości, stosownie do idei głównej, wynikającej z całokształtu danej sprawy chorobowej, ten sam rodzaj badania może być wykonany w swych szczegółach różnie. Stosownie do tego czy to badanie przeprowadzimy w ten lub inny sposób, doprowadzi ono, lub też nie, do rozpoznania podejrzewanej przez nas sprawy chorobowej.

Przykłady:

Pyelografia, bez uprzedniej radiografii, maskująca obecność kamienia.

Pyelografia w pozycji pionowej w przypadku wodonercza.

Pyelografia z cewnikiem b. płytko wprowadzonym, pozwalająca na wykrycie moczowodu i nerek dodatkowych, itd.

Nerki.

IX. Jeżeli uważamy, że krwiomocz można przypisać nerkom, jeżeli żadne uszkodzenie dolnych dróg moczowych nie wyjaśnia jego pochodzenia i jeżeli nie istnieje żaden inny objaw (ropomocz, ból, wielka nerka), mogący wskazać na stronę, która nakrwawiła — wówczas jest rzeczą niepotrzebną i niebezpieczną wykonywanie podziału moczu bez uprzedniego rozpoznania strony, która krwawi. Należy raczej wykonać pyelografię.

Podział moczu [1]) wykonany bez uprzedniego dokładnego rozpoznania strony która krwawiła, jest związany z możliwością przypisania krwiomoczu nerce zdrowej, która może krwawić na skutek wprowadzenia do niej cewnika, podczas gdy w rzeczywistości krwiomocz ten może pochodzić z drugiej nerki chorej. Pyelografia może nie dać wyjaśnienia, ale zarazem nie wprowadza nas w błąd,

[1]) W oryginale: *„de faire une division d'urine"*. Należy sądzić, że autor ma na myśli cewnikowanie moczowodów oraz zbieranie moczu z każdej nerki oddzielnie. Użyłem zwrotu: „podział moczu" starając się być w najdalej idącej zgodzie z oryginałem.

jeżeli się ograniczamy do uważania jej za mającą wartość jedynie w przypadkach, gdzie niewątpliwie świadczy ona o zmianach chorobowych.

X. Każdy ropomocz nerkowy, którego pochodzenie gruźlicze nie jest wyraźnie udowodnione, stanowi nakaz wykonania radiografii lub pyelografii.

Wielu ropomoczów nerkowych nie można wyleczyć, ponieważ istnieje kamień, który nie daje żadnego innego objawu poza ropomoczem, lub rozszerzenie, które jest przyczyną utrzymywania się ropomoczu.

XI. Przy kamicy stwierdzonej lub podejrzewanej powinno się wykonywać radiografię całokształtu dróg moczowych.

Radiografia jednej nerki, w której podejrzewamy obecność kamienia, naraża nas na ryzyko przeoczenia kamienia moczowodowego po tej samej stronie lub też kamienia drugiej nerki, gdyż ból często może występować jako ból skrzyżowany.

XII. Przy wskazaniach do pyelografii należy ją zawsze wykonywać drogą wstępującą, jeżeli tylko istnieje możliwość cewnikowania moczowodu.

Urografia dożylna daje niekiedy wyniki zbyt niepewne, gdyż wskutek braku rozciągnięcia miedniczki naraża nas na ryzyko przeoczenia rozmaitych zmian chorobowych. Zmiany te uwydatnia pyelografia wstępująca, przy której miedniczka wypełnia się całkowicie.

XIII. Nigdy nie należy polegać na urografii dożylnej w celu ustalenia swego zdania o wartości czynnościowej nerki.

Uwidocznienie w nerce substancji wstrzykniętej dożylnie zależy nie tylko od sposobu, w jaki ją nerka wydziela, lecz również i od sposobu, w jaki miedniczka tę substancję wydala, względnie ją zatrzymuje. Często ta nerka jest lepsza, która zdaje się mieć wydzielanie gorsze.

XIV. Jeżeli chory zgłasza się do nas z powodu gruźliczego zapalenia przyjądrza, należy zawsze wykonać badanie moczu w celu ustalenia, czy narząd moczowy również nie jest dotknięty gruźlicą.

Bardzo często istnieje utajona gruźlica nerek u chorych, dotkniętych gruźlicą przyjądrza. Oczywiście pierwsza wymaga leczenia bardziej niż druga.

XV. Jeżeli rozpoznaliśmy wodonercze znacznych rozmiarów, które należałoby usunąć, wówczas przed wykonaniem wycięcia nerki dotkniętej wodonerczem należy wykonać pyelografię nerki po stronie przeciwnej. Wodonercza obustronne są w rzeczywistości częste i dlatego też stwierdzenie dużego wodonercza po stronie drugiej, jest jak najbardziej kategorycznym przeciwwskazaniem do usunięcia nerki po stronie pierwszej.

XVI. Wycięcie nerki w przypadkach wodonercza znacznych rozmiarów powinno być dokonywane wyjątkowo. Usuwając przyczynę wodonercza, bez względu na jego wielkość, możemy powstrzymać zniszczenie nerki. Nerka, nie odzyskując swej normalnej konstystencji anatomicznej, odzyska przynajmniej w stopniu wybitnym swą wartość dzięki temu, że dalszy rozwój wodonercza ulega zahamowaniu.

XVII. U chorego, podejrzanego o istnienie wodonercza, powinniśmy wykonywać pyelografię w pozycji stojącej.

Oczywiście rozpoznamy wodonercze i w pozycji poziomej, lecz nie zawsze rozpoznamy wówczas jego przyczynę, t. zn. opuszczenie nerki, gdyż nerka w pozycji poziomej może wrócić na swe normalne miejsce.

XVIII. Radiografia zwykła powinna zawsze poprzedzać pyelografię.

Pyelografia, wykonana przy nerce bolesnej, podejrzanej o wodonercze, bez uprzedniej radiografii, jest związana z ryzykiem zamaskowania kamienia nerki.

Pęcherz moczowy.

XIX. Przy istniejącym krwiomoczu należy przede wszystkim wykryć jego pochodzenie i przyczynę. Nie należy — o ile to możliwe — otwierać pęcherza moczowego bez uprzedniego ustalenia przyczyn krwiomoczu.

Jeżeli jest się bezwzględnie zmuszonym do otwarcia pęcherza z powodu obfitości skrzepów, wówczas należy otworzyć go szeroko, w celu ustalenia punktu wyjścia krwiomoczu i ewentualnej jego przyczyny.

Niekiedy ujawnia się tendencja do wykonywania otwarcia pęcherza moczowego jedynie dlatego, że jest on wypełniony skrzepami. Możemy usunąć skrzepy z pęcherza inaczej, niż wykonując jego otwarcie. Skoro pęcherz zostaje otwarty, jest rzeczą nadzwyczaj trudną, a niekiedy niemożliwą, rozpoznać skąd pochodziła krew. Może ona w rzeczywistości pochodzić z nerki: otwarcie pęcherza nie uspokoi w niczym krwiomoczu, natomiast przeszkodzi w rozpoznaniu jego pochodzenia.

XX. „Rozciągnieniowca moczowego" *(distendu urinaire)* nie należy cewnikować. Należy go zbadać za pomocą zgłębników.

„Rozciągnieniowiec" moczowy jest to chory, który, zachowując możność oddawania moczu, posiada pęcherz moczowy wyraźnie wyczuwalny powy-

żej spojenia łonowego. Jeżeli się takiego chorego dokładnie nie zbada, wówczas można go uważać za „rozciągnieniowca” sterczowego *(prostatique distendu)* — choroba poważna, którą należy leczyć wprowadzając cewnik do pęcherza moczowego na stałe z odpływem zwolnionym *(à débit ralenti)*, lub też wykonując otwarcie pęcherza, podczas gdy może również w tych razach chodzić o „zwężeniowca” *(rétréci)* — choroba nie groźna, którą należy leczyć tak, jak banalne zwężenie cewki moczowej.

XXI. Ostrego zupełnego zatrzymania moczu nie należy leczyć za pomocą otwarcia pęcherza moczowego, lecz za pomocą jego cewnikowania.

Chory, dotknięty zupełnym zatrzymaniem moczu, t. zn. chory, który nie może samodzielnie oddawać moczu, nie jest „rozciągnieniowcem” moczowym nawet wówczas, gdy pęcherz moczowy sięga aż do wyrostka mieczykowatego. Jest to zupełny „zatrzymaniowiec” *(rétentionniste complet)*. Wykonanie wówczas natychmiastowego otwarcia pęcherza *(cystostomie d'emblée)* jest równoznaczne z wykonaniem otwarcia pęcherza moczowego z powodu pospolitego zwężenia cewki moczowej [2]).

XXII. Każde zapalenie pęcherza: samorzutne, oporne na leczenie klasyczne, powracające — należy uważać za podejrzane o to, że może być pochodzenia gruźliczego.

XXIII. Każde zapalenie pęcherza, z wyjątkiem współistniejącej ostrej rzeżączki, zwłaszcza jeżeli się opiera leczeniu które uważamy za odpowiednie, stanowi nakaz wykonania wziernikowania pęcherza.

Zbyt często przyczyna bardzo banalna (kamyk itd.) podtrzymuje istniejące zapalenie pęcherza. Ulega ono wyleczeniu jedynie wówczas, gdy usuniemy przyczynę, która je wywołała i którą nam pozwala rozpoznać jedynie wziernikowanie pęcherza.

XXIV. Stwierdzenie w pęcherzu guza, brodawczaka lub nabłoniaka stanowi nakaz zbadania chorego lub chorej przez odbytnicę lub pochwę.

Bardzo często guz pęcherza moczowego, rzekomo ograniczony i dlatego pozornie nadający się do zabiegu operacyjnego, już przekroczył granicę pęcherza, wskutek czego do operacji się nie nadaje.

XXV. Chorzy leczeni z powodu zwężenia cewki moczowej za pomocą jej nacięcia lub rozszerzań, oraz chorzy leczeni z powodu brodawczaków pęcherza moczowego, winni zgłaszać się do nas w regularnych odstępach czasu celem sprawdzania kalibru cewki oraz stanu pęcherza.

Zwężenie cewki moczowej oraz brodawczaki pęcherza moczowego są to cierpienia, które ulegają wznowom i dlatego też wymagają częstych przeglądów, których zaniedbanie może doprowadzić w dalszym przebiegu do wystąpienia schorzeń b. poważnych: ropień moczowy przy zwężeniu cewki, oraz dalszy rozwój brodawczaka, a nawet jego zezłośliwienie.

XXVI. W kamicy pęcherza moczowego wziernikowanie pęcherza jest niezbędne, lecz radiografia jest nie mniej konieczna.

Sama radiografia jest niewystarczająca, gdyż w wielu przypadkach kamienie pęcherzowe nie są widoczne na zdjęciach rentgenowskich. Zarazem samo wziernikowanie pęcherza jest również niewystarczające, gdyż nie uwidocznia kamieni tkwiących w jego uchyłkach.

Gruczoł krokowy.

XXVII. Krwiomocz może wystąpić przy istniejącym przeroście gruczołu krokowego. Ale dopiero po wyłączeniu za pomocą badań innych przyczyn krwiomoczu możemy go przypisać chorobie wyżej wymienionej.

Przerost gruczołu krokowego nie zabezpiecza chorego przed wystąpieniem guza pęcherza lub nerki.

XXVIII. Przed zamierzoną operacją wyłuszczenia guza gruczołu krokowego należy wykonać wziernikowanie pęcherza lub rentgenogram kontrastowy pęcherza (cystografia), w celu stwierdzenia przypuszczalnie współistniejących uchyłków pęcherza moczowego.

Zdarza się, że po operacji wyłuszczenia guza gruczołu krokowego, wykonanej zupełnie poprawnie, chory nie oddaje moczu lepiej, niż przed operacją. Badanie szczegółowe może wówczas wykazać obecność jednego lub kilku dużych uchyłków pęcherza, t. zn. przyczynę pooperacyjnego zatrzymywania się moczu, którą można było usunąć podczas operacji otwarcia pęcherza moczowego.

XXIX. Jeżeli za pomocą badań zwykłych nie możemy ściśle wyjaśnić zaburzeń ze strony cewki

---

[2]) *Distendu, rétentionniste, rétréci* — są to określenia, które nie mają nazw odpowiednich w mianownictwie polskim. Po dłuższych rozważaniach wybrałem następujące: *distendu* — rozciągnieniowiec, *rétentionniste* — zatrzymaniowiec, *rétréci* — zwężeniowiec. Oczywiście są to neologizmy. Wprowadziłem je, gdyż inne nie są mi znane, a używanie nazw obcych uważałem za niewskazane ze względów zrozumiałych.

moczowej lub gruczołu krokowego, wówczas musimy przeprowadzić badanie rentgenologiczne kontrastowe cewki moczowej *(urethrographia)*, a zwłaszcza wykonane w czasie oddawania moczu *(urethrographia mictionalis)*.

W pewnych razach zmiany chorobowe, których nie można wykryć za pomocą badania palcem przez odbytnicę, obmacywania cewki moczowej, oraz jej wziernikowania — ulegają wyjaśnieniu za pomocą wykonanego badania rentgenologicznego kontrastowego cewki moczowej (uretrografii), mogącego wykazać przetoki, jamy itd.

XXX. Jeżeli w przypadku ostrego zupełnego zatrzymania moczu, nawet u chorego w podeszłym wieku, dotkniętego przerostem gruczołu krokowego, nie udaje nam się wprowadzić cewnika do pęcherza, wówczas należy wykonać dokładne badanie cewki moczowej, które wykaże, gdzie znajduje się przeszkoda.

W rzeczywistości dość często stwierdza się wystąpienie zupełnego zatrzymania moczu z powodu zwężenia cewki moczowej u mężczyzn w wieku podeszłym. Otóż, jeżeli, wobec niemożności wprowadzenia cewnika do pęcherza moczowego, wykonamy jego otwarcie, a następnie wyłuszczenie guza gruczołu krokowego. wówczas stan chorego po operacji będzie identyczny ze stanem przed operacją. Zwykłe rozszerzenie cewki oszczędziłoby choremu otwarcia pęcherza i wyłuszczenia guza gruczołu krokowego.

XXXI. Przed wykonaniem następowego wyłuszczenia guza gruczołu krokowego (II tempo) u chorego z uprzednio wykonanym otwarciem pęcherza (I tempo), należy ponownie zbadać gruczoł krokowy.

Niekiedy można zapomnieć o tym, że w danym przypadku chodziło o nowotwór. Niekiedy zaś między 1-szym i 2-im tempem gruczolak ulega zezłośliwieniu, tak że podczas operacji możemy się znaleźć wobec nowotworu niemożliwego do usunięcia.

Cewka moczowa.

XXXII. Opór w okolicy opuszkowej cewki moczowej (wyczuwanie końca instrumentu przez krocze) każe nam użyć zgłębnika metalowego t. zw. *béniqué*, a nie cewnika lub zgłębnika mniejszego kalibru.

Przyczyną oporu w części opuszkowej cewki może być jej zwężenie lub kurcz.

Jeżeli cienki zgłębnik, wprowadzony zamiast zatrzymującego się cewnika, zdoła przejść niespodzianie, wówczas możnaby wysnuć wniosek o istnieniu zwężenia, podczas gdy nie chodzi tu o nic innego tylko o kurcz. Kurcz nigdy nie stawia oporu zgłębnikowi *béniqué*, zręcznie wprowadzonemu.

XXXIII. Przy zwężeniach zapalnych cewki moczowej nie należy wykonywać nacięcia cewki. Zwężenie takie zawsze nadaje się do leczenia za pomocą rozszerzań.

Przy leczeniu zwężeń nadużywa się istotnie operacji nacięcia cewki; operacja ta stwarza nową bliznę, pogarszając przez to stan chorego.

PROF. MARION.

Największe, oczywiście, zaciekawienie budzi w każdym urologu cudzoziemcu *prof. Marion*, jako bezwzględnie najwybitniejszy ze współczesnych urologów francuskich. Jest to mężczyzna lat blisko 70, dobrego wzrostu, rumiany na twarzy, prosto się trzymający, b. skromnie ubrany. Ma dobrą czuprynę, zaczesaną na „jeża", małe, przystrzyżone wąsiki. Wesoły, jowialny, uśmiechając się przymruża lewe oko. Bardzo dostępny i uprzejmy. Nie robi wcale wrażenia zarozumiałego. Niejednokrotnie z dużym krytycyzmem odnosi się do metod operacyjnych przez siebie wprowadzonych, np. resekcje cewki moczowej z następowym zeszyciem cewki (koniec z końcem) wykonuje obecnie o wiele rzadziej niż dawniej, twierdząc, że lepsze wyniki daje mu zewnętrzne nacięcie cewki. Operuje bez czapki, w masce z gazy, białych spodniach i białych pantoflach. Pomaga mu przy operacji tylko jeden asystent. Przy operacji zupełnie nic nie mówi.

Pierwszą operacją, jaką widziałem wykonaną przez prof. *Mariona*, było wycięcie nerki dotkniętej nowotworem złośliwym. Operacja trwała 12 minut, licząc z zegarkiem w ręku od 1-go cięcia do ostatniego szwu. Jest to szybkość wykonania, której nie osiągnął żaden ze znanych mi chirurgów. Nie darmo też nazywają *Mariona* w Paryżu prestidigitatorem chirurgicznym. *Marion* operując wcale się nie śpieszy — takie przynajmniej odnosi się wrażenie, obserwując z boku zabieg operacyjny. A jednak operuje niesłychanie szybko. Podziwiać w nim należy nadzwyczajną celowość ruchów i zarazem niesłychane upraszczanie sobie poszczególnych momentów operacyjnych. Zdumiewa i zarazem zastanawia niemal zupełny brak krwawienia podczas opera-

cji, np. przy operacji nerki po przecięciu skóry i mięśni. Dlaczego tak jest, nie umiem sobie tego wytłumaczyć. W każdym razie faktem jest, że tamowanie krwawienia i podwiązywanie drobnych naczyń przy operacjach *Mariona* prawie w grę nie wchodzi. Na szypułę naczyniową nerkową nakłada zwyczajne kleszczyki Kochera a nie klamp. Szwy na mięśnie i powięź nakłada bardzo rzadkie, powierzchownych powięziowych wcale nie wykonywa. Szwy skórne nakłada również bardzo rzadkie.

Przy operacjach b. często spłukuje rękawiczki słabym roztworem oksycjanatu rtęci i kwasu pikrynowego.

W drugim przypadku wykonał usunięcie jednej nerki z powodu roponercza oraz podszycie nerki drugiej z powodu jej opuszczenia — na jednym seansie. Podszycie nerki wykonywał swoją własną nową metodą: cięcie skórno-mięśniowe zwykłe, skośne sposobem *Albarrana - Israela*. Oddzielenie torebki nerkowej z przodu i z tyłu, przeprowadzenie jednej nitki lnianej, w formie fastrygi przez przednią część torebki, pod dolnym biegunem nerki, dalej przez tylną część torebki, a następnie wyprowadzenie nitki lnianej w przestrzeni międzyżebrowej dziesiątej przez specjalne małe nacięcie skóry, zawiązanie nitki.

Nitkę lnianą usuwa po 10 dniach, wyciągając ją przez otwór skórny. *Marion* twierdzi, że ta metoda daje dobre wyniki, mocno ustalając nerkę w jej nowym położeniu. Niektórzy z jego asystentów nie podzielają tego zapatrywania.

Z innych operacji wykonanych przez *prof. Mariona,* widziałem: otwarcie pęcherza moczowego, radykalną operację przetoki cewki moczowej (autoplastyka cewki — rurki *Galli),* wycięcie brodawczaka pęcherza moczowego z następową jego elektrokoagulacją.

Marion używa narkozy eterowej do zabiegów większych, do mniejszych — znieczulenia miejscowego nowokainą.

Z przypadków ciekawych, które widziałem w klinice, wymienię jeszcze chorą, u której w jednym ze Szpitali paryskich wykonano obustronne podszycie nerki, w czasie jednego seansu. W kilkanaście dni po tej operacji wystąpiło ciężkie zapalenie miedniczki nerkowej lewostronnej, z powodu którego chora została przeniesiona na własne żądanie do kliniki. Leczenie zachowawcze nie dało wyniku, powstało roponercze, które ostatecznie doprowadziło do usunięcia nerki. Ogólne zdanie asystentów kiliniki było, że operowanie 2-ch nerek na jednym seansie jest ciężkim błędem. *Marion* widocznie nie podziela tego zdania, gdyż wykonał na jednym seansie wycięcie jednej nerki i podszycie drugiej.

Widziałem również przypadek kamicy nerkowej obustronnej, z założeniem przetoki w nerce gorszej (nephrostomia). Drenaż nerki cewnikiem Pezzera i przepłukiwanie jej roztworem oksycjanatu rtęci 1 : 4000.

Nephropexis modo Surraco. Operował jeden z internów kliniki b. dobrze. Sposób ten jest następujący: Torebkę nerkową odłuszcza się z przodu i z tyłu, pozostawiając hamak pod dolnym biegunem nerki. A zatem powstają 2 płatki: przedni i tylny. Nitką lnianą przeszywamy w górze każdy z płatków, poczem chwytamy jeszcze raz lub dwa w tę samą nitkę dalszy ciąg płatka, idąc w kierunku ku dołowi tak, że górna i środkowa część płatka ulega sfałdowaniu i zawiązaniu, a pozostaje jedynie część dolna, stanowiąca jedną ze stron hamaka. Nerkę podszywa się możliwie wysoko, zawiązując nitki wyżej wymienionych płatków, zazwyczaj w X przestrzeni międzyżebrowej; w dole tłuszcz okołonerkowy przyszywa się do mięśnia lędźwiowo - udowego (m. psoas).

Jeżeli nerka dotknięta roponerczem pęknie podczas operacji, wówczas ranę pooperacyjną tamponuje się olbrzymią ilością gazy. W ogólnym użyciu jest gaza jodoformowa. Wywołuje to b. przykrą woń, gdy wydzielina rany połączy się z jodoformem.

Bardzo szeroko jest używana jodyna do ran nawet zakażonych, ropnych.

Elektrotomia gruczołu krokowego rzadko jest w klinice wykonywana. Prof. *Marion* nie należy do jej zwolenników. W 1937 r. podobno wykonano ją w klinice dwukrotnie.

Na podkreślenie zasługuje dobre postawienie w klinice uretroskopii przedniej i tylnej. W ogóle lecznictwo schorzeń cewki moczowej jest na wysokim poziomie, prowadzone przez specjalistów, doskonale w tych sprawach wyszkolonych.

Przy operacjach kamicy nerkowej zawsze jest w użyciu aparat rentgenowski do badania kamieni in situ, fabryki *Compagnie générale de radiologie.* Aparatura niezbędna składa się z: 1. aparatury rentgenowskiej, 2. czapki, 3. aparatu do oznaczania kamienia w nerce, pomysłu *H. Mariona,* syna prof. *Mariona,* również chirurga-urologa.

1. Aparat rentgenowski jest przenośny, dość wygodny w użyciu. Lampa rentgenowska i transformator znajdują się w skrzynce, przytwier-

dzonej do statywu — trójnoga. Skrzynkę na statywie można przesuwać za pomocą kremaliery.

2. Czapka składa się z części metalowej z oprawą kauczukową dla oczu i nosa. Części metalowe i kauczukowe można wygotowywać. Ekran, którego sterylizować nie można, zostaje wprowadzony do rodzaju szufladki w części metalowej, uprzednio wyjałowionej.

3. Aparat do oznaczania kamieni w nerce *H. Mariona*, łatwy w użyciu, ma na celu ułatwienie wyszukania kamienia w nerce pod kontrolą radioskopii.

Idea tego aparaciku polega na tym, że w miejscu na powierzchni nerki, na które rzutuje się kamień, umieszczamy obrączkę metalową, szerszą niż średnica kamienia. Przez środek obrączki wkłuwamy igłę w miąższ nerki. Igłą dotykamy kamienia, co w znacznym stopniu ułatwia jego wydobycie.

Po wytoczeniu nerki umieszcza się ją prostopadle do rany operacyjnej. Lampę rentgenowską umieszczamy możliwie blisko nerki, w sposób najbardziej jej odpowiadający.

Czapkę umieszczamy w bezpośrednim kontakcie z nerką, którą oglądamy usuwając kamienie pod kontrolą wzroku, posługując się przy tym w razie potrzeby przyrządem *H. Mariona*.
Są przypadki, że kamień rozpoznany w miedniczce, przesunął się do moczowodu, kontrola radioskopowa oddaje wówczas b. duże usługi.
Radioskopia in situ jest szczególnie ważna w celu rozpoznawania małych kamyków, które są przenikliwe dla promieni X przy radioskopii zwykłej. Radioskopując in situ, zmieniając natężenie i moc promieni X, rzucając je na nerkę równolegle lub skośnie w sposób wzmagający kontrasty, możemy stwierdzić kamyki, których nie stwierdziliśmy na radiogramach zwykłych.

Metodyka badań urologicznych w klinice w ogóle niezbyt odbiega od stosowanej w Polsce. Oczywiście klinika urologiczna jest b. bogato wyposażona we wszelkiego rodzaju instrumenty. Z cystoskopów zwrócił moją uwagę uretrocystoskop *Noguèsa*, b. dobry i praktyczny. Pęcherz moczowy przy wziernikowaniu wypełnia się wodą destylowaną.

Bardzo wiele można się nauczyć w czasie wizyty *Mariona* na salach chorych. Odbywa on ją na ogół dość szybko, zawsze w rękawiczkach gumowych, otoczony tłumem lekarzy francuskich i zagranicznych. Sposób wyjaśnienia pewnych nasuwających się wątpliwości ma niesłychanie przejrzysty i logiczny, podejście do każdego przypadku niesłychanie proste. Jest równie świetnym klinicystą, jak chirurgiem. Jako profesor i wykładowca — niewątpliwie ustępuje innym. Jako badacz i uczony jest urologiem światowej sławy. W Paryżu cieszy się ogromnym, b. zasłużonym uznaniem.

Wizytę na salach również asystenci wykonują b. szybko. Opatrunki robi się na salach chorych. Materiał opatrunkowy i płyny antyseptyczne znajdują się w specjalnej szafce, na wózku, który przesuwa służący w ślad za lekarzem, dokonującym wizyty.

Byłem świadkiem, jak dnia 1 października 1938 r. przyszedł do kliniki urologicznej *Chevassu* w charakterze urzędowym, jako świeżo mianowany dyrektor kliniki. Tymczasowo został *Chevassu* nadal kierownikiem oddziału urologicznego w szpitalu Cochin do czasu zamianowania następcy. Zastępcą dyrektora kliniki urologicznej jest dr *Fey (agrégé)*, uczeń *Legueu*.

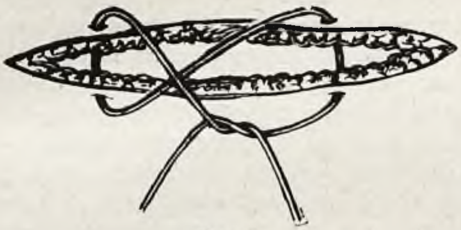
DR FEY, DR GAUME, DR MARTIN.

Fey jest mężczyzną średniego wzrostu, o dobrej czuprynie, blady. Mówi głosem b. cichym, jak gdyby zachrypniętym. Miły i uprzejmy. Widziałem go operującego kilka przypadków.

a) *Nephropexis ambilateralis* u kobiety. Narkoza eterowa maską *Ombrédanne'a*. Pomoc — 2 asystenci.

Nephropexis dextra — b. małe cięcie skośne, lędźwiowe. *Fey* operuje bardzo wolno i spokojnie, technicznie nieporównanie słabiej niż *Marion* a nawet *Gouverneur*. Po wyosobnieniu nerki wycina 2 płatki dolne z torebki okołonerkowej: przedni i tylny. Przez górny biegun nerki przekłuwa skórną igłę *Reverdina* i przeciąga przez kanał wkłucia podwójną nitkę katgutową. Następnie wkłuwa igłę *Reverdina* mięśniową powyżej jedenastego żebra w kierunku loży nerki i przeciąga obie nitki z jednego końca, tuż obok wkłuwa igłę *Reverdina* po raz drugi i robi to samo z obiema nitkami z drugiego końca, po czym bierze kawałeczek tłuszczu okołonerkowego, umieszcza go tuż przy powierzchni nerki, u brzegów wyjścia z niej nitek katgutowych z każdej strony, po czym nad tymi dwoma kawałeczkami tłuszczu zawiązuje 4 nitki. Robi to dlatego, aby w pewnym stopniu osłabić ciśnienie nitek na nerkę i aby nie przeciąć jej. Nitki płatków torebkowych dolnych przyszywa do mięśni brzucha

(przednią) i mięśni grzbietu (tylną) — możliwie wysoko. Na powięź mięśnia poprzecznego nakłada szew okrętkowy. Drenu nie zakłada. Szwy mięśniowe wykonuje podwójne t. zn. w sposób uwidoczniony schematycznie na rysunku 1.



Rys. 1.

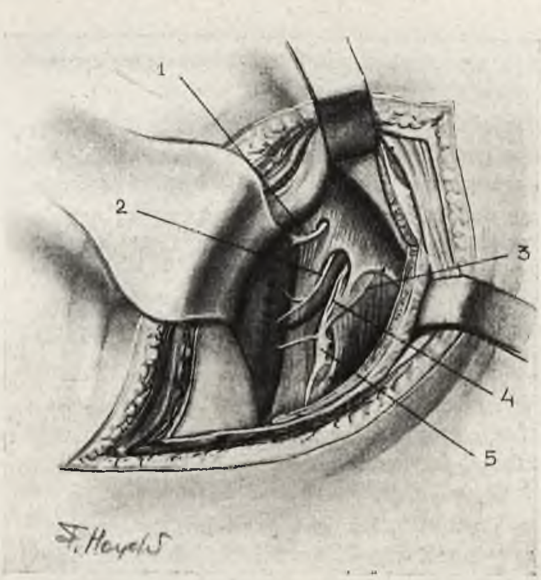
Podszycie nerki z drugiej strony wykonał sposobem typowym *Albarrana-Mariona*, dlatego że górny biegun miał miąższ mało wartościowy, miękki i z tego względu nie chciał go przekłuwać igłą *Reverdina* dla skóry, w obawie przed ewentualnym zakażeniem.

b) Wycięcie nerki prawej z powodu roponercza gruźliczego u mężczyzny. Narkoza wziewna eterem maską *Ombrédanne'a*. Często używane są kremaliery zgięte pod kątem, b. praktyczne. Osłanianie pola operacyjnego b. niedbałe. Odpalanie moczowodu *Paquelinem*, rozżarzonym za pomocą aparatury elektrycznej, włączonej do kontaktu w ścianie. Szypułę naczyniową przecina *Fey*, trzymając ją uciśniętą w klampie. Dopiero potem podwiązuje ją pod klampem i klamp zdejmuje. Kikut moczowodu wszywa do mięśni. Szwy na mięśnie nakłada w sposób wyżej wymieniony

c) Wycięcie częściowe sterczu poprzęzcewkowe nożem elektrycznym *(resectio prostatae transurethralis)*. Używał do tego uretrocystoskopu *Mac Carthy*, z bardzo nieznacznym ulepszeniem swego pomysłu. Technika zabiegu nie odbiegała od ogólnie przyjętej.

d) Wycięcie zwoju aortalno-nerkowego *(resectio ganglionis aortico-renalis)*. Wykonuje się ten zabieg przy nadciśnieniu znacznego stopnia. Po zabiegu występuje b. znaczny spadek ciśnienia krwi.

Narkoza ogólna eterowa, głęboka. Cięcie skórno-mięśniowe zwykłe, skośne, lędźwiowo-biodrowe. Zazwyczaj wykonuje się przy tym resekcję podokostnową 12-go żebra. Należy dokładnie widzieć warstwę mięśni tylnej ściany jamy brzusznej (rys. 2). Punktem orientacyjnym jest łuk mięśnia lędźwiowo-udowego (arcus m. psoatis). Idąc nieco ku wewnątrz i ku górze, widzimy odnóżki przepony, a tuż przy nich wielkie pnie naczyniowe: żyłę czczą dolną i tętnicę główną. Między



Rys. 2. Loża nerkowa odsunięta ku przodowi. Widoczne odnóżki przepony oraz nerwy, wychodzące z przestrzeni międzyodnóżkowych.
1. Nerw trzewny większy. 2. Nerw trzewny mniejszy. 3. Gałązki łączące. 4. Pień współczulny. 5. Zwój lędźwiowy górny.

odnóżką przyśrodkową i pośrednią (crus mediale et intermedium) przechodzi przez przeponę nerw trzewny większy, a nieco ku zewnątrz przebija przeponę nerw trzewny mniejszy. Idąc w jego kierunku, nieco ku dołowi, znajdujemy przy odejściu tętnicy nerkowej od aorty (rys. 3) splot nerkowy, biegnący wzdłuż przebiegu tętnicy aż do



Rys. 3. Technika operacyjna według Papin'a, cięcie lędźwiowe, wytoczenie nerki, odnerwienie tętnicy nerkowej.

nerki i dający wybitną gałązkę do nadnercza. Resekuje się obydwa nerwy trzewne oraz częściowo również gałązki splotu nerkowego.

Właściwie zabieg wyżej podany, jest to *sympathectomia subdiaphragmatica dorsalis (Adson)*, ale niezupełna, gdyż przy tej ostatniej wykonuje się resekcję obu nerwów trzewnych, częściową resekcję zwoju trzewnego, pnia współczulnego oraz obu zwojów lędźwiowych, po uprzednim przecięciu ich gałązek łączących (rami communicantes). Niektórzy autorowie wycinają przy tym i część nadnercza.

Fey wykonał zabieg ten u chorego najpierw z jednej strony — wystąpiła poprawa. Po kilku miesiącach wykonał zabieg taki sam z drugiej strony.

Dr Gaume, jeden z asystentów *Mariona*, jest znany w urologii francuskiej, jako specjalista chirurgicznego leczenia schorzeń zapalnych nerek. Widziałem go operującego nerkę z powodu *nephritis hypertensialis*. Operuje dobrze, b. spokojnie i b. wolno. Pola operacyjnego nie osłania serwetkami, operuje bez czapki i bez maski. Nerki nie wytaczał, wykonał in situ enerwację pęczka naczyniowego oraz wyciął kawałeczek nerki w celu badania histologicznego. Następnie po obłuszczeniu nerki (decapsulatio) wykonał pędzlowanie jej powierzchni izofenolem Dopplera. Jest to preparat fenolowy firmy *Norgine* w Wiedniu. Składu chemicznego tego preparatu nie umiano mi podać w klinice, rzekomo jest to tajemnicą firmy. Po operacji *nephritis hypertensialis* w ten sposób wykonanej, mają poprawy, ale nie w każdym przypadku. Cięcie skórno-mięśniowe wykonał małe, szwy na mięśnie i powięź b. rzadkie, szwów dodatkowych na powięź zupełnie nie nakładał. Na skórę crin de Florence. Dren, dwa tampony z gazy wioformowej.

W klinice urologicznej chorych po operacjach w ogóle się nie bandażuje. Na ranę kładzie się duży pokład gazy, waty, a na to ręcznik z gazy, zapinany na brzuchu agrafkami. Brzegi rany pooperacyjnej zmywa się 40% spirytusem.

Dr Martin jest lekarzem młodym, bardzo uprzejmym, niesłychanie sympatycznym i rozporządzającym b. dobrą techniką chirurgiczną. Wykonał przy mnie m. in. następujące operacje:

a) Przetoka pęcherza moczowego, jako pozostałość po operacji wyłuszczenia guza gruczołu krokowego, nie mająca tendencji do zagojenia. Operował wprowadziwszy uprzednio cewnik do pęcherza. Szwy na pęcherz okrętkowe, mały dren do jamy przedpęcherzowej (cavum Retzii). Narkoza: balzoform + eter.

b) Wycięcie przyjądrza z powodu gruźlicy. Zazwyczaj łącznie z wycięciem przyjądrza, wykonuje się wycięcie nasieniowodu na dużej przestrzeni. W klinice *Mariona* postępują inaczej — resekują część nasieniowodu przylegającą do najądrza, i koniec nasieniowodu przyszywają do skóry. A zatem sposób postępowania, podobny jak przy operacji gruźlicy nerki, gdzie koniec moczowodu wyprowadzamy na zewnątrz. Zwracają b. wielką uwagę na to, aby o ile możności oszczędzać przy operacji vasa testicularia retroepididymaria, biegnące po stronie wewnętrznej przyjądrza. Aby ich nie uszkodzić, należy b. ostrożnie oddzielać część środkową przyjądrza od jądra. Po operacji worek mosznowy podnosi się o ile możności wysoko. Otwór drenu znajduje się w górnej części worka mosznowego, gdyż w tym właśnie kierunku spływa wydzielina z rany.

c. d. n.

Z J A Z D Y

XXX ZJAZD CHIRURGÓW POLSKICH

(XIII Zjazd Towarzystwa Chirurgów Polskich)

w dniach 17 — 19 kwietnia 1939 r. we Lwowie.

Posiedzenia naukowe Zjazdu odbywały się w sali wykładowej Kliniki Chirurgicznej U. J. K. W pierwszym dniu Zjazdu, w poniedziałek o g. 9-ej *prof. T. Ostrowski* otworzył obrady Zjazdu przemówieniem, w którym uczcił pamięć inicjatora zjazdów Chirurgów Polskich, *ś. p. prof. Rydygiera*, podkreślając Jego zasługi, po czym powitał przedstawicieli władz i licznie zgromadzonych członków Tow. Chir. Polskich. Na zakończenie wyraził radość, że duża ilość referatów zjazdowych została opracowana przez chirurgów młodych, będących nadzieją i przyszłością ojczystej chirurgii. Do prezydium Zjazdu na pierwszym posiedzeniu zostali zaproszeni profesorowie: *Leśniowski, Jurasz i Michejda.*

Na wniosek *dra Janika* prezydium Zjazdu wy-

stosowało depeszę do Wodza Naczelnego, zapewniającą Go, wobec ważnych wydarzeń dziejowych, iż chirurdzy polscy są gotowi w każdej chwili stawić się na Jego rozkaz.

Pierwszy temat programowy:

KAMICA NERKOWA I MOCZOWODOWA

omówili wyczerpująco w swych referatach *prof. S. Laskownicki* (Lwów) i *doc. K. Nowakowski (Poznań).* Pierwszy z nich uwzględnił etiologię, potogenezę i anatomię patologiczną kamicy, drugi zaś — stronę kliniczną, a więc rozpoznawanie i leczenie, zatrzymując się szczegółowo nad sposobami leczenia zachowawczego, wskazaniami do zabiegów operacyjnych oraz ich techniką [1]).

Po referatach tych wywiązała się ożywiona *dyskusja*, która wypełniła nie tylko drugą połowę posiedzenia przedpołudniowego, ale zajęła również większą część II posiedzenia, w godzinach poobiednich.

Doc. J. Rutkowski (Warszawa) przedstawił duży, śnieżno - biały kamień szczawianowy, usunięty operacyjnie przez nacięcie miąższu nerki; omówił przypadek, w którym kamień moczowodowy, wielkości grochu, musiał być usunięty operacyjnie, gdyż wszelkie sposoby leczenia zachowawczego zawiodły — w czasie zabiegu wymacany już kamień zaginął, a potem okazało się, że przedostał się on do pęcherza i odszedł per vias naturales; jako przykład kamicy bezobjawowej podał przypadek, który przybył z powodu nagłego zatrzymania moczu — liczne kamyki usunięto łyżeczką z cewki, a badanie rtg. wykazało obustronną kamicę nerkową; wspomniał o kamieniach rzekomych, których obecność w moczowodzie wyłączyło badanie rtg. z cewnikiem kontrastującym — mogą one jednak powodować pseudonapady kamicze. Na zakończenie podkreślił najbardziej charakterystyczne objawy kamicy: ból, porażenne objawy niedrożnościowe oraz oligurię, a po napadzie poliurię, zwracając uwagę na ważność badań pomocniczych, jak rentgenografii i wziernikowania pęcherza.

Doc. J. Zaorski (Warszawa) operuje stale nie drogą pyelotomii — bo zeszywanie miedniczki może powodować jej zniekształcenie — a idąc przez miąższ nerki, metodą podaną przez *Bierezniegowskiego*.

Prof. K. Michejda (Wilno): „Postępowanie przy dwustronnej kamicy nerkowej i przy kamicy jednej nerki". W materiale Kliniki Chir. U. S. B. na 60 przyp. kamicy nerek i moczowodów spostrzegano 3 przyp. kamicy obustronnej oraz 1 przyp. kamicy w jedynej nerce (po usunięciu drugiej). Obok współczesnych metod badania klinicznego, podkreśla znaczenie rozpoznawcze banalnych objawów klinicznych. Zaleca jak największą wstrzemięźliwość w stosunku do nefrektomii i powodowanie się tu tylko wskazaniami bezwzględnymi. W przypadkach kamicy obustronnej uważa za najkorzystniejsze operowanie dwuczasowe, gdyż zabieg jednoczasowy zbyt obciąża chorego. Jeśli chodzi o kolejność zabiegów, to raczej operuje wpierw stronę lepszą, nie uważając jednak tego za zasadę stałą, a powodując się wskazaniami ogólnymi w poszczególnych przypadkach. Chorych z pozostałą po nefrektomii jedną nerką kamiczą należy operować, o ile możności, w stanie przewlekłym; oczywiście w tych przypadkach nefrektomia jest wyłączona.

Prof. A. Jurasz i dr Pieniężny (Poznań): „Kamica nerkowa na podstawie materiału kliniki chirurgicznej U. P.". *Pieniężny* przedstawił materiał z ostatnich 12 lat: na 410 przyp. kamicy operowano 105 razy: pyelotomię wykonano 48 razy, nefrektomię — 35, ureterotomię — 10, nefrostomię — 9, nefrotomię — 2, decapsulatio — 1. Śmiertelność: 4 przyp. na 105.

Prof. A. Jurasz (Poznań): „Ureterostomia transvesicalis". Przy kamicy moczowodowej postępowanie powinno być na ogół wyczekujące, gdyż kamienie zwykle odchodzą samoistnie. Jeśli zbyt duże albo ostre kamienie nie mają tendencji do odejścia z części przypęcherzowej lub śródściennej moczowodu — powstaje wskazanie do zabiegu operacyjnego. Dostęp jest b. trudny. Najłatwiejsza i najmniej ryzykowna jest droga przez pęcherz: cięcie nadłonowe, otwarcie pęcherza i nacięcie górnej ściany moczowodu, które można bez obawy wykonać na przestrzeni 2 cm. Operował w ten sposób 9 przyp. z wynikiem b. dobrym.

Dr W. Lilpop (Warszawa): „Częściowe wycięcie miąższu nerkowego przy rozległej kamicy". Jeśli po usunięciu kamie-

[1]) Oba referaty będą drukowane w całości w „Pol. Przegl. Chirur.".

ni pozostają w miąższu nerki jamy, zwłaszcza zakażone, to stanowią one powód do powstawania w nich nowych złogów — należy więc te bezwartościowe i szkodliwe odcinki nerki wycinać (zwłaszcza w dolnym biegunie). Nie obawia się cięższych powikłań, jak krwotoków lub przetoki nerkowej, która jest przemijająca. Spośród przypadków własnych przedstawia historie choroby i rentgenogramy 3-ch, przebadanych dokładnie przed i po zabiegu.

Prof. S. Laskownicki i dr T. Lorenz (Lwów): „Kamica nerkowa i moczowodowa w świetle statystyki Oddziału Urolog. Państw. Szpital. Powsz. we Lwowie". *Lorenz* przytacza dane statystyczne: z ogólnej ilości 474 przyp. — 306 dotyczyło mężczyzn (234 kamica nerkowa, 72 — moczowodowa) i 168 kobiet (108 — nerka, 60 — moczowód). Obustronna kamica wystąpiła u M. 28, u K. — 10 razy. Zachowawczo leczono 85,6% M. i 64,8% K; leczenie operacyjne przeprowadzono u 14,4% M. i 35,2% K., łącznie w 103 przypadkach. Nefrektomię wykonano tylko 20 razy. Należy dążyć do leczenia zachowawczego, wobec dużej ilości nawrotów pooperacyjnych. Do zabiegu operacyjnego zmuszają, jako wskazania: częste napady kolki, częste krwawienia, zakażanie, utrudnienie odpływu moczu wskutek zaklinowania kamienia itp.

Prof. Laskownicki podkreśla mały odsetek zabiegów operacyjnych, a zwłaszcza nefrektomij. Przy kamieniach moczowodowych umiejscowionych wysoko operuje wcześnie. Na zakończenie pokazuje 3-ch chorych po operacji wszczepienia moczowodów sposobem Coffeya (kobieta po zabiegu obustronnym, kobieta i mężczyzna po zabiegu prawostronnym).

Prof. Dobrzaniecki (Lwów) stawia wniosek o zebraniu materiału do referatu polskiego o zabiegu Coffeya na Międzynarodowy Kongres Urologów w Ameryce, gdyż materiał ten jest na kontynencie najobfitszy.

Dr E. Michałowski (Kraków): „Uwagi w sprawie kliniki i leczenia kamicy moczowodowej". Ważne jest rozstrzygnięcie, czy wskazane jest leczenie zachowawcze, czy operacyjne— decyduje o tym przede wszystkim stan nerki powyżej przeszkody, oraz stan całego narządu moczowego. Próba barwnikowa zawodzi, zarówno jak cewnikowanie moczowodu — pozostaje urografia dożylna, która daje wskazówki co do wskazań operacyjnych i rokowania. Rzadko urografia nie wykazuje zmian w nerce — częściej daje objawy zastoju, wyrażające się przy długotrwałych zastojach cieniem plamistym, świadczącym o uszkodzeniu funkcji nerki; zupełny brak urogramu po stronie kamicy świadczy albo o czasowo, odruchowo zatrzymanej czynności nerki, albo o toksycznym uszkodzeniu miąższu — nie świadczy jednak o tym, że nerka jest martwa — po usunięciu kamienia może jeszcze ona wrócić do czynności. Znaczne rozszerzenie moczowodu powyżej kamienia (atonia) nie rokuje wg. *Mariona* pomyślnego wyniku leczenia zachowawczego, ale 2 przyp. obserwowane, w których kamienie odeszły samoistnie, świadczą przeciwko takiemu poglądowi.

W przypadkach jałowych z wyraźnym obrazem urograficznym obowiązuje stanowisko wyczekujące; obrazy niewyraźne skłaniają do zabiegu, by ratować miąższ nerki (czynność nerki wraca późno, do 8 mies., albo nie wraca wcale, o ile druga nerka objęła funkcję zastępczą, w myśl prawa wzajemnej równowagi nerkowej). Zakażenie nie zezwala na stanowisko wyczekujące, a postacie ciężkie wymagają natychmiastowej interwencji. Czasem uzasadnione jest założenie przetoki nerkowej, zamiast niskiej ureterolitotomii. Do wykonania niskiej ureterolitotomii najdogodniejsze jest cięcie nadłonowe pośrodkowe.

Dr W. Bross i dr S. Koczorowski (Lwów: „O czynności motorycznej wyosobnionego moczowodu" oraz *W. Bross, H. Długosz i S. Koczorowski* (Lwów): „Dynamika moczowodu po zabiegach operacyjnych na drogach moczowych — badania doświadczalne" (przedstawił *S. Koczorowski*). Przeprowadzone badania nad wyosobnionymi moczowodami ludzkimi i zwierzęcymi, dotyczące ich czynności motorycznej, rejestrowane za pomocą elektrokardiografii (elektroureterogramy), pozwoliły na wysnucie ważnego wniosku praktycznego, mianowicie: przecięcie poprzeczne moczowodu powoduje wybitne i trwałe upośledzenie dynamiki moczowodu, lub nawet zupełne jej porażenie— to samo spostrzega się po typowym zabiegu Coffeya. Natomiast wszczepienie moczowodu wraz z ujściem pęcherzowym nie daje tych zaburzeń — perystaltyka jest utrzymana i zbliżona do prawidłowej, gdyż pozostaje zachowana ciągłość układu nerwowego wegetatywnego.

Prof. T. Ostrowski (Lwów) podkreśla, że nerwowy aparat regulujący znajduje się w okolicy ujścia moczowodu do pęcherza — usuwanie kamieni z dolnego odcinka moczowodu drogą od zewnątrz uszkadza nerwy współczulne, natomiast

omówiona przez *prof. Jurasza* droga przezpęcherzowa oszczędza je i nie upośledza sprawności motorycznej moczowodu.

Dalszy ciąg dyskusji odbył się na II posiedzeniu (popołudniowym), któremu przewodniczył *prof. A. Wojciechowski* (Warszawa).

Dr J. Kossakowski (Warszawa): „W sprawie częstości występowania k a m i c y u k ł a d u m o c z o w e g o u d z i e c i, na podstawie materiału Kliniki Chor. Dziec. U. J. P.". Kamica moczowa u dzieci jest obecnie rozpoznawana coraz częściej, ale rozpoznanie jest trudne. W ciągu 19 lat u 22,224 dzieci rozpoznano klinicznie 14 przyp. kamicy, a sekcyjnie na 2010 sekcyj — 149 przyp. (zawały moczanowe u noworodków — 84, piasek — 43, kamienie nerkowe — 18, moczowodowe — 1, pęcherzowe — 3). Klinicznie na pierwszy plan występują objawy z przewodu pokarmowego o charakterze niedrożnościowym (ileus, invaginatio).

Dr D. Szenkier (Warszawa): „S k a z a k a m i c o w a". Jakkolwiek patogeneza kamicy moczowej nie jest wyjaśniona, to jednak z pewnością nie jest to cierpienie miejscowe, a kostytucjonalne. Na dowód takiego poglądu przytacza przypadek, w którym stwierdzono wielką ilość kamieni istniejących w nerkach i stale wydalanych w ciągu szeregu lat; jednocześnie istniała kamica żółciowa — był to przypadek skazy kamicowej. Leczenie dietetyczne nie zapobiega tworzeniu się kamieni.

Dr W. Chimiak i *dr J. Sieniawski* (Lwów): „O d l e g ł e w y n i k i o p e r a c y j n e g o l e c z e n i a k a m i c y n e r e k". Na 39 przyp. operowanych były 2 przyp. śmierci, oba dotyczyły kamicy zakażonej. Nacięcie miedniczki wykonano 22 razy, w 4 przyp. spostrzegano nawrót; z 8 przyp. nacięcia nerki — 1 przyp. śmierci i 3 nawroty; w 2 przyp. nacięto moczowód, w 9 — wycięto nerkę. Odległe wyniki zależne są od rodzaju zabiegu, od zmian w narządzie moczowym i od ogólnego stanu chorego. Najlepsze wyniki daje nacięcie miedniczek i nacięcie miąższu nerki (referent przyznaje jednak wyższość pyelotomii).

Dr J. Jasieński i dr P. Hornicki Kraków: „O b ł ę d a c h r o z p o z n a w c z y c h w p r z y p a d k a c h k a m i c y n e r k o w e j". Błędne rozpoznania są częste. Ujemny wynik badania rtg. nie wyłącza kamicy (np. cień kamienia może być niedostrzegalny na tle kości). Nagromadzony w miedniczce piasek może dać mylny obraz kamienia. Kamień na rentgenogramie może być znacznie mniejszy niż w rzeczywistości. Obecność cienia na zdjęciu zawsze wymaga potwierdzenia za pomocą wprowadzenia cewnika lub płynu kontrastującego do moczowodu, gdyż należy różniczkować z rozmaitymi innymi cieniami, leżącymi poza narządem moczowym. Nasycenie cienia zależy od chemicznego składu kamienia.

Dr R. Wolański (Kraków): „W sprawie l e c z e n i a k a m i c y n e r k o w e j". Omówienie leczenia kamicy za pomocą płukania jelit w cieplej kąpieli. Wynik pomyślny w przypadkach kamicy nerkowej uzyskano jeden na 6 przyp., a w 34 przypadkach kamicy moczowodowej — 19, w dalszych 5-ciu spostrzegano obsunięcie się kamienia, 10 było bez wyniku.

Dr W. Chimiak i dr J. Lowicz (Lwów): „K a m i c a a g r u ź l i c a n e r e k". Znane jest jednoczesne występowanie kamicy i gruźlicy nerek — przypadki takie należy leczyć operacyjnie (nefrektomia). W każdym przypadku kamicy nerkowej należy myśleć o gruźlicy i stwierdzić ją, lub wyłączyć. Można przypuszczać, że leczenie wapnem gruźlicy kostnej może stać się przyczyną kamicy moczowej.

Dr F. Laufer (Kraków): „P r z e t o k a n e r k o w a w leczeniu operycyjnym kamicy". Pyelonefrostomia służy do odprowadzania na zewnątrz moczu wprost z nerki — domeną jej stosowania jest właśnie kamica. Może ona być założona na stałe lub czasowo. Przetoka nerkowa poprawia sprawność czynnościową nerki, zapobiega nawrotom i zabezpiecza przed wtórnymi krwawieniami. Opis techniki zakładania przetoki nerkowej.

Prof. S. Laskownicki (Lwów): „P r z e s z c z e p i e n i e m i ę ś n i a p i r a m i d a l n e g o w przypadkach n i e t r z y m a n i a m o c z u u mężczyzn". U mężczyzn wykonanie zabiegu typowego jest b. trudne — modyfikacja polega na operowaniu ponad spojeniem łonowym. *L.* operował 2 przyp. nietrzymania moczu (spina bifida i epispadiasis); wynik w jednym przyp. niezły, w drugim — b. dobry: chory po zabiegu utrzymuje mocz w pozycji stojącej do 2 godzin. Działanie przerzuconych dokoła cewki mięśni piramidalnych nie polega na przejęciu czynności zwiercza, a na uniesieniu szyi pęcherza ku górze.

Trudny i niebezpieczny jest drugi akt zabiegu, polegający na oddzieleniu tylnej ściany szyi pęcherza od prostnicy.

Dr R. Wolański (Kraków): „Rzadkie powikłania zakażonej kamicy nerkowej". Powikłaniem tym jest samoistne pęknięcie nadmiernie rozciągniętych górnych odcinków dróg moczowych (miedniczki, kielicha) lub roponercza. Pęknięcie może drążyć do otrzewnej (peritonitis renalis) lub do jelita (przetoka moczowo - jelitowa).

Dr S. Winter (Łódź): „Przypadek uwięźnięcia kamienia moczowodu". Opis 2 przyp. kamicy moczowodowej leczonych operacyjnie — w jednym usunięcie kamienia, w drugim — nefrektomia.

Dr E. Michałowski (Kraków): „Tamowanie krwawienia przy nacięciu nerki". Ponieważ nefrotomia daje często duże krwawienie, przeto tam gdzie można wykonać pyelotomię, nie należy robić nefrotomii; czasem jednak ta ostatnia jest nieunikniona. Celem uniknięcia krwotoku podczas zabiegu należy ręcznie uciskać szypułę oraz wykonywać małe cięcia w okolicach wybranych. Krwotok z miąższu nerkowego tamuje zeszycie okrwawionych powierzchni nerki — jednak szwy często przerywają kruchy miąższ. Dobrze jest używać materiału autoplastycznego do zaciskania szwów, jakim są skrawki mięśnia, włożone w pętle szwu. Założenie przetoki nerkowej odgrywa dużą rolę w zapobieganiu krwotokom wtórnym, na tle zakaźnym.

Dr D. Szenkier (Warszawa): „O usuwaniu kamieni dolnego odcinka moczowodu przy pomocy masażu". Wymasowywanie kamienia z dolnego odcinka moczowodu (u kobiet per vaginam, u mężczyzn per rectum) przyspiesza odejście kamienia lub nawet spędza go podczas zabiegu masowania.

Doc. B. Szerszyński (Warszawa): Metoda kruszenia kamieni uspasabia do nawrotów. Wycięcie nerki radykalnie zapobiega wznowom. W przypadkach bezmoczu odruchowego zaleca obłuszczenie nerki.

Dr J. Jasieński (Kraków) omawia rzadki przypadek jednoczesnej kamicy nerkowo - moczowodowo-pęcherzowej.

Dyskusję nad pierwszym tematem programowym zakończyły przemówienia referentów głównych. *Prof. S. Laskownicki* uważa operację ureterostomii przezpęcherzowej za bardzo zachęcającą. Nefrotomii totalnej przy kamicy nigdy nie stosował, gdyż częściowe nacięcie miąższu, w razie konieczności w kilku miejscach, wystarczy do wydobycia każdego kamienia. Przetokę nerkową zakładał tylko raz w życiu, po resekcji dolnego bieguna nerki z powodu zakażenia — przetoka trwała rok, poczem trzeba było zlikwidować ją operacyjnie, drogą częściowego wycięcia górnego bieguna nerki. Jest przeciwnikiem nefrektomii — korzystniej jest operować kilkakrotnie z powodu nawrotów kamicy, niż zbyt pochopnie usunąć nerkę — wolno ją wyjąć wtedy, gdy jest zupełnie zniszczona. Wymasowywanie kamieni wolno stosować tylko przy kamykach okrągłych, ale te zwykle odchodzą samoistnie — masowanie zaś przy obecności ostrych kamieni szczawianowych jest przeciwwskazane.

Doc. K. Nowakowski przekłada pyelotomię nad nefrotomią, która może dać ciężkie krwawienie. Co do zagadnienia, którą z dwóch nerek kamiczych należy wpierw operować — w rozstrzyganiu jego trzeba indywidualizować.

Tematy dowolne:

Dr J. Kossakowski (Warszawa): „Spostrzeżenia nad leczeniem operacyjnym wrodzonych przepuklin oponowo-mózgowych i rdzeniowych u dzieci". Klasyfikacja *Leveufa* dzieli przepukliny te na 4 typy: 1) przepukliny z odsłoniętym rdzeniem czy mózgiem — b. ciężkie, rokowanie złe; 2) elementy rdzenia czy mózgu są pokryte warstewką naskórka — rokowanie niepomyślne; 3) przepukliny oponowe, elementy nerwowe nie są wciągnięte — rokowanie najlepsze; 4) przepukliny z guzem: pomiędzy workiem oponowym a skórą znajduje się guz — tłuszczak.

Bogaty materiał referenta wynosi 33 przyp. 1. i 2. typu oraz 9 przyp. typu 3. i 4. Leczenie operacyjne, przy tym w typach 3. i 4. zabiegu można nie wykonywać w pierwszych dniach życia. Wodogłowie powstające często u dzieci operowanych nie jest wynikiem leczenia operacyjnego.

Dyskusja:

Prof. A. Wojciechowski zapytuje, czy wodogłowie ma charakter postępujący, czy nie i czy jest częstsze po przepuklinach czaszkowych czy rdzeniowych.

Dr Kossakowski: W kilku przypadkach pod wpływem naświetlań rtg. wodogłowie zatrzymało się i nie postępuje — proponują nawet wobec tego stosowanie naświetlań zapobiegawczych.

Doc. J. Rutkowski (Warszawa): „Kilka uwag w sprawie leczenia chirurgicznego schorzeń gruczołów o wydzielaniu wewnętrznym”. Omówienie techniki i wyników zastępczego wszczepienia gruczołów — w moczówce prostej wszczepienie przysadki świńskiej dawało wynik natychmiastowy, ale przemijający — na okres 6 — 7 mies.; w jednym przypadku wykonano już 3-krotnie przeszczepienie. W chorobie Addisona przeszczepia nadnercze — po przeszczepieniu nadnercza zwierzęcego (wystąpiły tu przemijające objawy anafilaktyczne) wynik trwał 7 mies.; po raz drugi przeszczepiono nadnercze ludzkie. Gruczoł wszczepia się pod mięśnie brzucha, do tkanki nadotrzewnowej. Pokaz filmu ilustrującego zabieg.

Wszczepienie jądra ludzkiego w przypadku eunuchoidyzmu i olbrzymiego wzrostu, oraz jądra w przypadku distrophia adiposo - genitalis — daje również tylko czasowy wynik.

Dyskusja:

Dr Kania (Kraków): W przypadku cachexia hypophysaria wszczepił przysadkę cielęcą z wynikiem dobrym.

Dr W. Bross i prof. H. Hilarowicz (Lwów): „Wyniki rozległej sympatektomii brzusznej w leczeniu nadciśnienia samoistnego”. Opis techniki operacji na tle 2 przypadków znacznego nadciśnienia — wynik w jednym przypadku b. dobry, w drugim — doskonały. Należy w odpowiednich przypadkach uciekać się do leczenia operacyjnego, gdyż zabieg jest stosunkowo łatwy, nie szokujący, nie dający powikłań. Górna granica wieku nie powinna jednak przekraczać 45 lat.

Dr W. Bross (Lwów): „Ocena wartości zabiegów operacyjnych na układzie współczulno-nadnerczowym w świetle badań doświadczalnych” (z powodu choroby referenta odczytał *dr S. Koczorowski).*

W dyskusji *dr Kania* omówił przypadek nadciśnienia samoistnego.

Drugi temat programowy:

LECZENIE POWIKŁAŃ ZŁAMAŃ KOŚCI.

Referaty na temat ten zostały wygłoszone na III posiedzeniu naukowym w drugim dniu Zjazdu, również przez dwóch referentów. Pierwszy referat główny wygłosił *prof. Adam Gruca* (Lwów), który omówił powikłania w postaci zakażenia oraz zaburzeń w powstawaniu zrostu; uwzględnił postępowanie w złamaniach otwartych (w okresie wczesnym, pośrednim oraz późnym), a na podstawie procesów zachodzących przy powstawaniu zrostu kostnego w miejscu złamania — opisał zaburzenia w wytwarzaniu się zrostu (stawy rzekome). W drugim referacie głównym *plk dr Tadeusz Sokołowski* (Warszawa) przedstawił stronę kliniczną powikłanych złamań kości; we wstępie zaznaczył, że w mianownictwie należy odróżniać złamania powikłane (fractura complicata) od złamań otwartych (fractura aperta); opisał dalej powikłania złamań w postaci uszkodzeń układu nerwowego — ośrodkowego i obwodowego, uszkodzeń pni naczyniowych i zaburzeń krążenia, wreszcie specjalnie ciężkich przemieszczeń odłamów, zwłaszcza w złamaniach śródstawowych. Przegląd rentgenogramów ciekawszych przypadków oraz metod leczniczych w przypadkach złamań powikłanych zakończył referat. W referacie swym *S.* podkreślił szkodliwość szwu metalowego w leczeniu złamań trzonów k. długich. Natomiast w leczeniu wielu postaci powikłanych złamań leczenie operacyjne należy stosować w szerszym niż dotychczas zakresie.

Dyskusja:

Doc. J. Rutkowski (Warszawa): Do dobrego leczenia złamań trzeba posiadać odpowiednie warunki, przede wszystkim aparat rentgenowski i niektóre przyrządy. Ideałem leczenia złamań jest postępowanie zachowawcze; w leczeniu operacyjnym należy wyrzec się zespalania odłamów za pomocą dużych ciał metalowych (klamry, taśma) — dopuszczalne jest użycie tylko cienkiego drutu. Przytacza przypadek, w którym nawet cien-

ki drut miedziany dał powikłanie późne w postaci osteolizy (po zespoleniu złamanych kości przedramienia), przyczyną której był zapewne czynnik galwaniczny.

Dr K. Czyżewski (Drohobycz): „Pesymizm czy optymizm w leczeniu otwartych złamań podudzia". Materiał statystyczny wynosi 19 przyp., z tego 1 zmarł (tetanus), 2 w leczeniu, z pozostałych 16, które kontrolowano, w 2-ch spostrzegano opóźnienie zrostu. Szew kostny stosowano dwukrotnie — w odpowiednio dobranych przypadkach złamań otwartych można go stosować z wynikiem pomyślnym.

Doc. J. Zaremba (Kraków): „O przykurczu Volkmanna na kończynie dolnej". Przypadki przykurczu Volkmanna na kończynie dolnej występują po złamaniach uda lub podudzia i są zupełnie analogiczne do przykurczów k. górnej. Końskie ustawienie stopy łatwo usunąć za pomocą achillotomii. Opis przypadku własnego, w którym przykurcz wystąpił po złamaniu k. udowej, leczonym wyjątkowo w opatrunku gipsowym. Tło przykurczu jest niejasne — konieczne sprawdzanie operacyjne zachowania się w tych przypadkach naczyń i pni nerwowych kończyny.

Dr A. Kugler (Warszawa): „Przygotowanie kikuta i protezowanie kończyn w oświetleniu najnowszych poglądów". Po omówieniu zasadniczych cech dobrego kikuta, zależnych przede wszystkim od sposobu wykonania odjęcia, *K.* przedstawił własnego pomysłu protezę prowizoryczną dla świeżych kikutów uda, zbliżoną wyglądem do protezy stałej.

Dr A. Janik (Łódź): „W sprawie wyboru sposobu leczenia kompresyjnych złamań trzonów kręgowych". Istnieją 3 sposoby leczenia tych złamań: 1) długotrwałe unieruchomienie, 2) leczenie czynnościowe Magnusa, bez nastawienia i 3) leczenie czynnościowe po nastawieniu, wg Böhlera. Złamania górnych kręgów piersiowych oraz złamania u osób starszych nie podlegają nastawieniu. Leczenie operacyjne porażeń nie jest celowe, gdyż porażenia niezupełne zwykle ustępują samoistnie, a porażeń zupełnych żaden zabieg nie jest w stanie poprawić. Najkorzystniejsze wyniki odległe daje leczenie sposobem 3-cim, najgorsze — pierwszym.

Dr A. Janik (Łódź): „Przykurcz Volkmanna, zapobieganie i leczenie", Na 12 leczonych przypadków przykurczu Volkmanna — w 7-miu leczenie zachowawcze dało wyleczenie (były to przypadki lżejsze i średnio - ciężkie), w jednym wykonano zabieg na tętnicy, w 2-ch — skrócenie kości przedramienia z wynikiem dobrym (referent uważa zabieg ten za racjonalny w przypadkach ciężkich), jeden chory nie zgodził się na operację, jeden pozostaje jeszcze w leczeniu. Przyczyna przykurczu polega na uszkodzeniu tętnicy — działanie ucisku przez opatrunek gipsowy należy uważać najwyżej za czynnik dodatkowy.

Dr M. Trawiński (Sosnowiec): „Złamania otwarte — postępowanie i wyniki". Statystyka Szpitala Ubezpieczalni Społecznej w Sosnowcu: złamań otwartych leczono 54 przyp. — 2 dotyczyły kości ramiennej, 2 — k. udowej, 7 — przedramienia, 43 — podudzia. Wycięcie rany i szczelne zeszycie można stosować najwyżej w ciągu 10 godz. od wypadku. Pierwotne wycięcie stosowano w 39 przyp. — wyniki idealne osiągnięto w 70%. Zgonów było 6, odjęć kończyn — 4.

Dr H. Levittoux (Warszawa): Szew kostny zawsze opóźnia zrost, wobec tego wskazania do stosowania osteosyntezy zwężają się coraz bardziej. Jedynym materiałem obcym do szwu może być stalowy drut, i to tylko do cerclage'u, a nie do innych sposobów zespalania.

W przypadkach złamań szyi k. ramiennej ze zwichnięciem uważa wycięcie główki za niekorzystne, gdyż np. w przypadkach opisanych przez *Latkowskiego* nastawienie krwawe i wklinowanie (bez przybijania) dało wyniki czynnościowe doskonałe.

Dr T. Byszewski (Warszawa): W złamaniach rzepki uważa za konieczne dokładne zeszycie powięzi, co ma zapobiegać powtórnym złamaniom.

Prof. A. Wojciechowski (Warszawa): Operacyjne leczenie złamań jest to zło konieczne, stosuje się je tylko tam, gdzie istnieją bezwzględne wskazania. Zwłaszcza w leczeniu złamań trzonów kości długich należy unikać stosowania materiału obcego, co najwyżej kość (własną lub os purum).

Prof. A. Jurasz (Poznań): Im większa jest siła działającego na kość urazu, tym gorzej złamanie goi się — przyczyną tego jest zapewne wstrząs aparatu neurotroficznego. Podczas nastawiania złamań z przemieszczeniem zawsze stosuje uśpienie ogólne lub znieczulenie rdzeniowe. Przypomina o sposobie przezskórnego nastawiania odłamów za pomocą ostrych haków.

Prof. T. Ostrowski (Lwów) był zawsze przeciwnikiem stosowania metalowego szwu kostnego; stosunkowo najmniejsze uszkodzenie tkanki kostnej daje stal chromowa. Jeśli się już wykonuje zespolenie odłamów za pomocą metalu, to ustalenie odłamów musi być bezwzględne — wszelka, choćby minimalna ruchomość jest specjalnie szkodliwa. Wobec tego, że posiadamy wyniki badań histologicznych (działania metalu na tkankę kostną) przeważnie tylko na materiale zwierzęcym, przeto apeluje o zbieranie materiału ludzkiego przy każdej okazji.

Prof. A. Leśniowski (Warszawa) porównuje stan obecny leczenia złamań ze stanem przed 50 laty — traumatologię traktowano wtedy po macoszemu, leczenie złamań prowadzili felczerzy lub najmłodsi lekarze. Jakkolwiek leczenie złamań nie jest jeszcze i obecnie zupełnie doskonałe, to jednak zrobiło ono ogromny krok naprzód. Pomimo że w ówczesnym leczeniu nie posługiwano się promieniami rentgenowskimi, to jednak wyniki były niezłe — natura sama potrafi zrobić najwięcej!

Sprawa uwapniania się blizny kostnej nie jest jeszcze wyjaśniona, a zrozumienie jej miałoby wielkie znaczenie praktyczne. W okresie gojenia się złamania ilość wapna we krwi (jak wykazały badania) nie jest zwiększona — pochodzenie wapna w bliźnie kostnej jest więc zapewne miejscowe, jak sądzi *Leriche*.

W odpowiedzi zabrali kolejno głos referenci główni:

Prof. A. Gruca na marginesie pracy *dra Dżułyńskiego*, omawiającej wyniki leczenia wypadków, które są na ogół mało pomyślne, uważa rozbudowę traumatologii za sprawę bardzo pilną: należy dążyć do dobrego przygotowania lekarzy oraz do zaopatrzenia każdego szpitala w najniezbędniejsze przyrządy do leczenia złamań.

Płk dr T. Sokołowski za minimalny program uważa wyosobnienie w Szpitalach Powszechnych oddziałów traumatologicznych, prowadzonych przez wykwalifikowanych lekarzy. Przypadek przedstawiony przez *doc. Zarembę* uważa za wynik zbyt ciasnego opatrunku gipsowego. W przypadkach przykurczów Volkmanna należy wcześnie operować, gdyż leczenie zachowawcze nie daje dobrego i trwałego wyniku. W przypadkach złamania nasady górnej k. ramiennej z jednoczesnym zwichnięciem najlepiej usuwać główkę, jeśli, co często bywa, nastąpiło rozkawałkowanie lub jeżeli złamanie dotyczy osób starszych.

Dr S. Tokarski (Warszawa): „Urazy sportowe i ich leczenie w Poradni Sportowo - chirurgicznej". Po raz pierwszy na Zjeździe Chirurgów zostaje poruszona sprawa chirurgii sportu. Muszą powstać poradnie sportowo - chirurgiczne przy wszystkich klinikach chirurgicznych, oraz odpowiednie zakłady lecznicze do leczenia urazów sportowych.

Dr Michałek - Grodzki (Warszawa): „Wytyczne postępowania przy rhinoplastyce". Zniekształcenia nosa dzielą się na przerosty bez przyczyn chorobowych, przerosty chorobowe oraz zniekształcenia pourazowe. Zabiegi plastyczne przy zupełnych lub częściowych brakach nosa noszą nazwę *rhinoplastica totalis* lub *subtotalis*. Pokaz szeregu zdjęć ilustrujących etapy leczenia przypadku ubytku nosa oraz innych zabiegów plastycznych nosa.

Dr H. Levittoux (Warszawa): „Leczenie nawykowego zwichnięcia stawu barkowego metodą własną". Przedstawienie wartości metody opisanej w r. 1935, na podstawie wyników leczenia 17 przyp. Technika zabiegu polega na odcięciu przyczepu ścięgna długiego m. dwugłowego i wszczepieniu go do wyrostka kruczego. Najczęściej stosowana metoda Oudarda daje 15% nawrotów. Na 17 przyp. leczonych metodą własną *L.* spostrzegał tylko 1 nawrot. Wyniki czynnościowe b. dobre — brak ograniczenia ruchomości i brak dolegliwości; zabieg technicznie nie jest trudny.

Dr W. Chimiak (Lwów): „O leczeniu operacyjnym choroby Dupuytrena". Leczenie zachowawcze lub zabiegi miejscowe na dłoni nie dają dobrego wyniku, albo powstają nawroty. Racjonalnym zabiegiem jest sympatektomia okołotętnicza t. ramiennej — w 2 przyp. uzyskano dobry wynik.

Prof. A. Gruca (Lwów): Pokaz kilku przypadków po zabiegach operacyjnych na stawie biodrowym i kolanowym. Pokaz filmów operacyjnych, ilustrujących zabiegi na wielkich stawach.

Posiedzenie zakończył pokaz filmów *doc. Rutkowskiego* (Przetaczanie bezpośrednie krwi za pomocą strzykawki własnej) oraz *płk Sokołowskiego* (Krwawe nastawienie wrodzonego zwichnięcia stawu biodrowego i plastyka daszka).

Tematy dowolne.

Resztę bogatego programu Zjazdu wyczerpano na IV posiedzeniu naukowym dnia 19.IV w godzinach popołudniowych.

Dr G. Nowotny (Zakopane): „Torakoplastyki wybiórcze". Wykonał 65 torakoplastyk — 10 wg Sauerbrucha, 5 wg Monaldiego, pozostałe — torakoplastyki wybiórcze górno-tylne. Operuje w znieczuleniu miejscowym; wycina co najmniej 5 żeber górnych, względnie 7 — 9, zależnie od umiejscowienia jamy. W 40% przyp. operował dwuczasowo. Ostatnie 30 przyp. bez uprzedniego wyrwania n. przeponowego (co uważa za niecelowe). Obecnie operuje w pozycji leżącej, na zwykłym stole operacyjnym.

Wyniki późne (po upływie 1 — 4 lat): śmiertelność ogólna 17,5%; w 11% — brak poprawy, w 32% — poprawa podmiotowa, ale chorzy nadal prątkują, w 39% — wyleczenie. Plastyka górna jest zabiegiem celowym, przy tym zachowującym zdrowe odcinki płuca.

Dyskusja:

Prof. A. Wojciechowski: II Klinika Chir. U. J. P. specjalnie pracuje nad torakoplastyką (*doc. W. Ostrowski*). Przed laty było trudno z uzyskaniem materiału, obecnie jest odwrotnie — bo i interniści kierują nadmiar przypadków, i chorzy chętnie zgadzają się, a nawet pragną zabiegu; kwestia doboru odpowiednich przypadków do torakoplastyki jest niezmiernie ważna. Doświadczenie poucza, że początkowo doskonały wynik może ulec pogorszeniu — konieczna jest stała kontrola w ciągu przynajmniej 5 lat.

Prof. T. Ostrowski: Im rozleglejsza torakoplastyka, tym pomyślniejszy wynik; zawsze konieczne jest wyjęcie I żebra. Neguje wartość operacyj wybiórczych.

Dr M. Trawiński omawia torakoplastykę sposobem *Robineau* (cięcie równoległe do VII żebra — z tego cięcia można usunąć dowolną ilość żeber). Operował tym sposobem 14 przyp. bez zejścia śmiertelnego.

Prof. A. Jurasz: Torakoplastyka sposobem Sauerbrucha jest już przestarzała. Sprawa chirurgicznego leczenia gruźlicy płuc jest dotychczas w Polsce mało znana — powinny się tym zająć czynniki miarodajne — konieczne jest zorganizowanie w klinikach chirurgicznych oddziałów dla chirurgii płucnej. Natomiast zbyt szeroko i bez wskazań stosuje się wyrwanie n. przeponowego. Przy torakoplastyce górnej, poza wycięciem żeber, konieczne jest wykonanie pneumonolizy.

Prof. T. Ostrowski i *dr W. Bross* (Lwów): „O chirurgicznym leczeniu torbieli płuc". Operował 3 przyp. torbieli płuc — 2 z nich omawia. Rozpoznanie przed zabiegiem jest niewykonalne; dopiero zakażona jama torbieli daje o sobie znać. Badanie rtg. nie daje również pewnego rozpoznania.

Zabieg polegał na wycięciu 4 żeber i nacięciu ściany jamy — torbiel była częściowo wypełniona masami kaszakowatymi; wycięto skrawek wyściółki torbieli do badania histologicznego, a jamę torbieli drenowano. Pod wpływem lapisowania ściany jamy (25% lapis) osiągnięto w jednym przypadku wygojenie po upływie 4 mies., natomiast w drugim jama nie uległa zarośnięciu. Wobec tego wykonano późno wyłuszczenie ściany torbieli (wcześnie nie robiono tego w obawie dużego krwotoku, a lobektomia była przeciwwskazana ze względu na zły stan chorego); dodatkowo wykonano torakoplastykę i tamponadę jamy po wyłuszczeniu torbieli za pomocą dużego płatu mięśnia.

Dyskusja:

Prof. A. Gruca: Pokaz rtg. przypadków torbieli płuc: w 1. przyp. wyłuszczono torbiel en bloc za pomocą wycięcia jednego żebra; w 2. leczono torakoplastyką, operowano etapami (4 zabiegi); ściana torbieli była b. gruba (1 cm), rozp. histologiczne: Chiluscyste; wyleczenie.

Prof. A. Jurasz miał przypadek torbieli płuca wielkości głowy noworodka — po wyłuszczeniu stracił chorego z powodu śmiertelnego krwotoku; może w tych przypadkach wskazana jest pneumo- czy lobektomia.

Dr K. Dębicki i dr M. Zaleski (Warszawa): „Przyczynek do badania warstwowego w chirurgii ropni płuc". *Zaleski* omówił zasady tomografii i jej zastosowanie w diagnostyce ropni płuc, a *Dębicki* przedstawił 3 przypadki leczone operacyjnie.

Dr W. Bross, dr S. Koczorowski i *dr J. Sieniawski* (Lwów): Wpływ wyciągów wątrobowych na własności biochemiczne krwi". Badania doświadczalne i kliniczne wykazały, że 6 — 10 cm wyciągu wątrobowego, podane domięśniowo przedłuża znacznie czas krzepnięcia krwi, a tym samym za-

pobiega zakrzepom pooperacyjnym w układzie żylnym, ponadto działa krwiotwórczo.

Dr H. Levittoux (Warszawa): „D o ś w i a d c z a l n y m i ę s a k k o s t n y". Nowotwory kości są niezmiernie trudne do uzyskania na drodze działania substancyj chemicznych. Referent otrzymał u szczurów mięsaki kości, wprowadzając mieszaninę b e n z o p i r e n u z woskiem do kanału szpikowego k. udowej. Z 80 szczurów otrzymano nowotwór doświadczalny u 7, co jest dużym sukcesem. Rentgenologicznie stwierdzono znaczne zniszczenie kości, wzrost guza o charakterze ekscentrycznym, a histologicznie — mięsaki różnych typów (sa. variegatocellulare, fibrosarcoma, osteoidsarcoma); spostrzegano przerzuty do płuc, przepony, wątroby.

Dyskusja:

Prof. A. Wojciechowski: Istniejący w dziedzinie nowotworów złośliwych kości chaos morfologiczny pociąga za sobą chaos kliniczny. Wszystkie przypadki mięsaków kostnych kończą się, pomimo operacji, zejściem śmiertelnym, gdyż operuje się zazwyczaj zbyt późno. Doświadczenia nad nowotworami kostnymi mogą ułatwić poznanie okresu przedmięsakowego, i dlatego mają wielkie znaczenie praktyczne.

Dr J. Jasieński (Kraków): „Jeszcze w sprawie p a r a t y r e o i d e k t o m i i". Przytacza historie choroby 2 przyp. wielostawowego zniekształcającego zesztywniającego zapalenia, o przebiegu b. ciężkim, które nie poddawały się zupełnie najrozmaitszym sposobom leczenia farmaceutycznego ani fizjo — i balneoterapii. W obu przypadkach wykonano paratyreoidektomię — w jednym z wynikiem wybitnym, w 2-im — z gorszym, nieznaczną poprawą, ale tu zabieg był wykonany w 16. roku choroby.

Dyskusja:

Prof. A. Wojciechowski zapatruje się dość sceptycznie na paratyreoidektomię — daje ona dobre wyniki tylko w chorobie Recklinghausena. Przy zesztywniającym zapaleniu stawów wyniki są różne — od 0 do b. dobrych, ale zawsze są to wyniki przemijające — nigdy nie spostrzegał trwałej poprawy. Może operuje się zbyt późno lub zbyt oszczędnie (usunięcie 1 — 2 gruczołów) i nie dobiera się należycie przypadków.

Dr T. Onyszkiewicz i *W. Rzepecki* (Lwów): „W p ł y w w y c i ę c i a w o l a n a s c h o r z e n i a s e r c a". Omówienie wskazań do całkowitego lub prawie całkowitego wycięcia gr. tarczowego w schorzeniach serca; śmiertelność pooperacyjna po wycięciu totalnym wynosi do 15%, u 20% przyp. — brak poprawy. Wycięcie tarczycy obniża przemianę podstawową, uwalnia serce od działania tyroksyny oraz obniża napięcie układu współczulnego (w dusznicy bolesnej). Zabieg ten łagodzi objawy niedomogi serca, ale nie powoduje cofnięcia się zmian w sercu.

Spostrzeżenia referentów dotyczą 30 przyp. wola (w ciągu 8 lat), u chorych z współistniejącym schorzeniem serca, leczonych za pomocą subtotalnej strumektomii. W wynikach spostrzegano znaczne obniżenie podstawowej przemiany (do —20). Na 30 przyp. — znaczna poprawa w 11 przyp., poprawa w 13, brak poprawy zaledwie u 10%, w 1 przyp. pogorszenie, w 1 — zgon po zabiegu. Schorzenie serca nie jest więc przeciwwskazaniem, a raczej wskazaniem do subtotalnego wycięcia wola. Wyniki są trwałe (obserwacje trwają 2 — 8 lat), a zabieg nie naraża chorego na powstanie obrzęku śluzakowatego.

Dr E. Owsiany (Warszawa): „B a d a n i a c h l o r u, a z o t u i g o s p o d a r k i w o d n e j p o z a b i e g a c h o p e r a c y j n y c h". Badania były przeprowadzone na jednolitym (pod względem wieku i rodzaju zabiegów) materiale 25 przypadków. Stwierdzono nieznaczną hypochloremię, oraz niedużą hyperazotemię.

W *dyskusji* zabrał glos *prof. A. Wojciechowski.*

Dr S. Tokarski (Warszawa): „Badania doświadczalne nad g o s p o d a r k ą c h l o r o w ą w n i e d r o ż n o ś c i p r z e w o d u p o k a r m o w e g o". Wyniki doświadczeń na psach, u których w 176 przyp. wywołano (przez resekcję odcinka jelita) zupełną ostrą niedrożność; celem doświadczeń było wyjaśnienie, gdzie znika chlor oraz jaką wartość posiada wstrzykiwanie soli hypertonicznej. Chlorki spadają najpierw w moczu, następnie w mięśniach i wreszcie we krwi; chlor jest wychwytywany przez żołądek. Sól hypertoniczna podawana dożylnie zostaje niezwłocznie wyłapana przez żołądek — pomyślne wyniki empiryczne u ludzi po podaniu soli należy chyba objaśnić tym, że nie istniała zupełna niedrożność.

Dr K. Czech (Lwów): „C a r c i n o i d y w y r o s t k a r o b a c z k o w e g o". Opis 3 przyp. z Kliniki U. J. K.

Doc. J. Zaorski i *dr S. Żegliński* (Warszawa): „Przyczynek do l e c z e n i a o p a r z e ń przy pomocy fioletu goryczkowego i azotanu sre-

bra". W leczeniu oparzeń u dzieci używano zamiast taniny 10% wodnego roztworu azotanu srebra i 1% roztw. wodnego fioletu goryczkowego. Leczenie to, przy technice podobnej do leczenia taniną, daje jednak pomyślniejsze wyniki; strupy odpadają samoistnie po 2 — 3 tyg.

Na 24 przyp. oparzeń u dzieci były 3 zejścia śmiertelne (przy oparzeniach ponad ⅓ powierzchni ciała), poza tym wyniki b. dobre. Strupy powstają b. szybko, pękają rzadko (wtedy wskazane jest przysypywanie gipsem), bolesność szybko ustępuje, ustrój traci mało płynu; korzystne jest dołączenie odkażająco działającego fioletu goryczkowego. Leczenie to znacznie skraca czas pobytu dziecka w szpitalu.

Dr L. Gross (Kraków): O uodpornianiu przeciw nowotworom przeszczepialnym". Wszczepienie zwierzęciu nowotworu śródskórnie nie powoduje zwykle rozwoju nowotworu (samowyleczenie), wywołuje natomiast osobniczą odporność na ponowne wstrzyknięcia zawiesiny nowotworowej, bez względu na sposób tego wstrzyknięcia (do mięśni, do jąder itp.) oraz na dawkę. Odporność ta nie jest przenośna — surowica tych zwierząt nie uodpornia innych zwierząt. Zniknięcie guzka skórnego musi się odbyć samoistnie, drogą samowyleczenia, gdyż tylko w ten sposób ustrój zwierzęcia nabywa odporności.

Dr A. Maciejewski, dr M. Afekówna i *dr B. Rosnowska* (Warszawa): „Zagadnienie przewlekłego stanu zapalnego wyrostka robaczkowego u dzieci w świetle badań klinicznych, rentgenologicznych i anatomo - patologicznych". Na podstawie dużego materiału klinicznego i badań pracownianych referenci rzucili światło na sprawę rozpoznawania zapalenia wyr. rob. u dzieci i na zagadnienie wskazań operacyjnych. Badanie rtg. u dzieci ma duże znaczenie rozpoznawcze w przewlekłych zapaleniach wyr. rob. — niewypełnianie się wyrostka w połączeniu z miejscową bolesnością stanowi wskazanie od operacji.

Dr K. Mosing (Lwów): „Odczyny biologiczne przy przetaczaniu krwi". Krążące we krwi dawcy produkty rozpadu białkowego (histaminy) mogą dawać u biorcy nieswoisty odczyn — istnieje więc niewątpliwy wpływ diety dawcy na biorcę; nasilenie odczynu zależy od ilości i czasu dzielącego od spożycia przez dawcę substancyj białkowych. By uniknąć tego, czasem b. silnego odczynu, dawca musi być naczczo.

O godzinie 19-ej nastąpiło, po niemal zupełnym wyczerpaniu programu, zamknięcie Zjazdu: *prof. T. Ostrowski* podziękował referentom za opracowanie i wygłoszenie ciekawych i wartościowych referatów, a *prof. K. Michejda*, nowoobrany prezes Tow. Chir. Polskich, wyraził w imieniu wszystkich uczestników Zjazdu podziękę *prof. Ostrowskiemu* i wszystkim jego współpracownikom za wzorową organizację Zjazdu, którego obrady we Lwowie odbyły się w atmosferze prawdziwej nauki i serdecznej gościnności. Przemówienie pożegnalne zakończył *prof. Michejda* zaproszeniem na następny Zjazd, który olbędzie się wiosną roku 1941 w Wilnie.

W godzinach przedpołudniowych dn. 18 i 19 kwietnia odbywały się w Klinice Chirurgicznej U. J. K. oraz oddziałach chirurgicznych szpitali Lwowskich pokazowe operacje, wykonane przez *prof. Ostrowskiego, Laskownickiego, Dobrzanieckiego* i *Grucę*, tłumnie odwiedzane przez uczestników Zjazdu. W ramach Zjazdu odbyła się również wystawa firm farmaceutycznych w gmachu Kliniki Chir. U. J. K.

H. Ciszkiewicz.

K R O N I K A

NOWY ZARZĄD TOWARZYSTWA CHIRURGÓW POLSKICH.

Na walnym zebraniu członków Towarzystwa Chirurgów Polskich podczas Zjazdu Chirurgów Polskich we Lwowie w dniu 18.IV b. r. został wybrany na okres 2 lat nowy zarząd Towarzystwa, który ukonstytuował się w sposób następujący: prezes — *prof. K. Michejda*, wiceprezes — *prof. A. Wojciechowski*, redaktor „Polskiego Przeglądu Chirurgicznego" — *doc. B. Szerszyński*, skarbnik *dr T. Wiśniewski*, sekretarz — *dr T. Byszewski*, członkowie zarządu — *prof. T. Ostrowski, prof.*

A. Jurasz, prof. J. Glatzel, doc. J. Zaorski, doc. J. Mossakowski, dr S. Rechniowski. Zastępcy: *dr J. Kossakowski, dr J. Walc, doc. J. Krotoski, prof. W. Dobrzaniecki, dr J. Janowicz, doc. S. Nowicki.* Komisja rewizyjna: *dr E. Tymieniecki, dr T. Kożuchowski, dr E. Witkowski, dr S. Tokarski* i *dr H. Levittoux.* Sąd koleżeński: *doc. W. Łapiński, dr J. Kolodziejski* i *dr J. Mazurek.*

KOMUNIKAT.

Zarząd Towarzystwa Zwalczania Kalectwa i Opieki nad Kalekami zawiadamia, że w dniach 16 — 22 lipca 1939 r. odbędzie się w Londynie IV Międzynarodowy Zjazd Towarzystwa Opieki nad Kalekami.

Tematy programowe dotyczą: 1. ortopedii zachowawczej, 2. szkolenia zawodowego kalek oraz 3. robotnika - kaleki (organizacja szkolenia i przystosowanie ekonomiczne osób dotkniętych kalectwem, umożliwienie wykonywania zawodu oraz kwestia zasiłków pieniężnych).

W Zjeździe mogą brać udział nie tylko lekarze, ale wszyscy ci, którzy w jakikolwiek sposób zajmują się sprawą opieki nad kalekami.

Adres Sekretariatu Zjazdu: 34, Eccleston Square, London, S. W. I.

Regulamin ogłaszania prac:

1. *Prace, nadesłane do redakcji do druku, powinny być pisane na maszynie, na jednej stronie znormalizowanego arkusza, z pozostawieniem odstępu ponad tytułem, interlinii i marginesu po lewej stronie druku.*
2. *Do prac należy dołączyć streszczenia, w języku polskim i w jednym z języków obcych; angielskim, francuskim, lub niemieckim; w wyjątkowych razach, jeżeli autor ma trudności, tylko w polskim.*
3. *Prace powinny być wykończone starannie pod względem stylu i pisowni; redakcja prosi specjalnie o dokładną korektę nazwisk autorów, cytowanych w pracy, jak również podanego piśmiennictwa (rok, tom, zeszyt, wzgl. stronica).*
4. *Rękopisy prac redakcja przechowuje w archiwum w ciągu roku, fotografie, rysunki i rentgenogramy zwraca na żądanie.*

Warunki prenumeraty:

Rocznie 12 zl., półrocznie 6 zl. Konto czekowe P. K. O. 22.332.

Klisze drukarskie:

Autorzy, którzy życzą sobie nabyć na własność klisze drukarskie własnych prac, mogą je otrzymać od Administracji w cenie połowy kosztów.

Ceny ogłoszeń:

Cala str. przed tekstem 110 zl., za tekstem 100 zl.; ½ str. przed tekstem 55 zl., za tekstem 50 zl.; ¼ przed tekstem 32 zl., za tekstem 30 zl. Wkladki za każde 500 szt. 50 zl., ogloszenia stałe o 10% taniej.

„CHIRURG POLSKI"

przyjmuje do druku prace oryginalne, streszczenia zbiorowe i notatki kliniczne ze wszystkich działów chirurgii. Prace nadesłane przez lekarzy Klinik, Zakładów, Instytutów itd. powinny zawierać aprobatę kierownika na ogłoszenie w druku.

Koszty sporządzenia klisz ponosi wydawnictwo. Autorzy otrzymują bezpłatnie 25 nadbitek pracy, w formacie zeszytu pisma; życzący sobie otrzymać odbitki jednoszpaltowe, ponoszą koszty przełamania.

Zadanie czasopisma polega na poruszeniu w każdym zeszycie kilku bieżących zagadnień patologii chirurgicznej, lecznictwa i techniki operacyjnej; ze względu na szczupłe rozmiary pisma redakcja prosi o ograniczanie prac do 5 — 8 stronic druku.

Prace są grupowane w następujących działach głównych:

1. *Prace oryginalne,*
2. *Kazuistyka,*
3. *Technika operacyjna.*

Prócz tego pismo zawiera następujące rubryki:

1. *Skrzynka świetlna,*
2. *Sprawozdania ze zjazdów i posiedzeń,*
3. *Kronika — wiadomości obchodzące ogół chirurgów: z uniwersytetów, szpitali, mianowania, stypendia, konkursy itp.*

W „Skrzynce świetlnej" są zamieszczane rentgenogramy lub fotografie przypadków pouczających wraz z krótkim, treściwym opisem historii choroby, przebiegu i sposobu leczenia, techniki operacyjnej itp.

Pismo zamieszcza co kwartał dodatek bibliograficzny — „Polskie Piśmiennictwo Chirurgiczne" — ułożony działami spis wszystkich prac z dziedziny chirurgii, jakie ukazały się w ubiegłym kwartale w polskich czasopismach lekarskich.

Zakł. Graf. „DRUKPRASA" Sp. z o. o. Nowy-Świat 54, tel. 615-56 i 242-40.